RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA

RMTC

40 ans! (1975-2015)

3 décembre 2015 • VOLUME 41•12
ISSN 1719-3109

Dans ce numéro : Bonnes nouvelles sur le VIH

Les taux de VIH diminuent au Canada. De récentes données probantes sur le traitement précoce du VIH ont éclairé de nouvelles recommandations mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ONUSIDA, soit le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, a mis le monde au défi avec une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie de sida. Au Canada, à l'échelle locale/régionale, provinciale/territoriale et fédérale, une évaluation des répercussions de ces développements est en cours. Ce numéro présente une vue d'ensemble de ces développements et plus encore. Consultez le rapport sommaire de surveillance indiquant les récents taux de VIH au Canada, lisez les nouveaux renseignements recueillis au cours des dernières années sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH et examinez le cas pour aborder les vecteurs sociaux et structurels de l'infection par le VIH non diagnostiquée et sous-traitée.

Surveillance

Le VIH au Canada, de 2009 à 2014 432
Tomas K, Dhami P, Houston C, Ogunnaike-Cooke S, Rank C

Examen

Un aperçu des récentes données probantes sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH 445
Traversy GP, Austin T, Ha S, Timmerman K, Gale-Rowe M

Commentaire

Aborder les vecteurs sociaux et structurels du VIH au Canada 464
Rourke SB, Bacon J, McGee F, Gilbert M

Actualités sur les maladies infectieuses

Administration précoce du traitement antirétroviral : Quelles sont les données probantes? 469

Liens utiles

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). **90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida**. Genève : ONUSIDA, 2014. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). **Lignes directrices pour déterminer quand commencer le traitement antirétroviral et la prophylaxie préexposition du VIH.** Genève : septembre 2015. www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/fr/

Conférence à venir

Du 17 au 22 juillet 2016 : La 21e conférence internationale sur le sida. Durban, Afrique du Sud. www.aids2016.org (En anglais seulement)

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC) est un journal scientifique bilingue révisé par les pairs et en accès libre en ligne publié par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il fournit de l'information opportune et pratique sur les maladies infectieuses aux cliniciens, aux professionnels de la santé publique et aux responsables des politiques qui éclaire les politiques, le développement des programmes et les pratiques.

Bureau de la rédaction

Patricia Huston, M.D., M.S.P.
Rédactrice scientifique en chef

Mylène Poulin, B. Sc., B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Wendy Patterson
Responsable de la production/l

Diane Staynor, Jacob Amar
Assistants à la rédaction

Diane Finkle-Perazzo
Cathy Robinson
Jane Coghlan
Lise Lévesque
Réviseures et correctrices d'épreuves

Comité de rédaction du RMTC

Michel Deilgat, C.D., B.A., M.D., CCPE
Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique
Agence de la santé publique du Canada

Catherine Dickson, MDCM, M. Sc.
Résidente, Santé publique et médecine préventive
Université d'Ottawa

Jennifer Geduld, MHSc
Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire
Agence de la santé publique du Canada

Judy Greig, R.N.,B.Sc., M. Sc.
Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire
Agence de la santé publique du Canada

Judy Inglis, B.Sc., MLS
Bureau du conseiller scientifique principal
Agence de la santé publique du Canada

Maurica Maher, M. Sc, M FRCPC
Défense nationale

Mohamed A. Karmali, MB ChB, FRCP(C)
Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses
Agence de la santé publique du Canada

Julie McGihon
Direction générale des affaires publiques et des communications
Agence de la santé publique du Canada

Robert Pless, M.D., M. Sc.
Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
Agence de la santé publique du Canada

Hilary Robinson, MB ChB, M. Sc., FRCPC
Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire
Agence de la santé publique du Canada

Rob Stirling, M.D., M. Sc., MH.Sc., FRCPC
Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
Agence de la santé publique du Canada

Jun Wu, Ph. D.
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada

Relevé des maladies transmissibles au Canada
Agence de la santé publique du Canada
130, chemin Colonnade
Indice de l'adresse 6503B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Courriel : ccdr-rmtc@phac-aspc.gc.ca

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.
Agence de la santé publique

Publication autorisée par la ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015
ISSN 1719-3109
Pub 150006

On peut aussi consulter cette publication en ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/index-fra.php
Also available in English under the title: *Canada Communicable Disease Report*

Surveillance

Le VIH au Canada, de 2009 à 2014

Tomas K[1]*, Dhami P[1], Houston C[1], Ogunnaike-Cooke S[1], Rank C[1]

[1] Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

*Correspondance : kristina.tomas@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : Entre 1996 et 2008, environ 2 100 à 2 700 nouveaux cas de VIH ont été déclarés chaque année au Canada.

Objectif : Décrire les tendances récentes de l'évolution du nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH au Canada entre 2009 et 2014 par groupe d'âge, sexe, catégorie d'exposition, race/origine ethnique et région ainsi que le nombre de nourrissons ayant été exposés au VIH durant la période périnatale.

Méthodologie : Les données sur le VIH proviennent de deux bases de données. Le système national de surveillance du VIH/sida est un système de surveillance passive qui recueille de toutes les provinces et de tous les territoires des données non nominatives volontairement soumises sur tous les cas répondant à la définition de cas nationale, comprenant notamment le groupe d'âge, le sexe, la race/l'origine ethnique, le pays de naissance et la catégorie d'exposition. Le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada est un système de surveillance sentinelle; les données non nominatives sont obtenues au moyen d'une enquête nationale confidentielle menée auprès des médecins participant.

Résultats : Depuis 2009, le nombre de nouveaux cas de VIH a diminué lentement mais régulièrement, passant de 2 391 cas en 2009 à 2 044 cas en 2014, ce qui constitue le nombre de cas annuel de VIH le plus bas observé au cours des vingt dernières années. Le groupe d'âge des 30 à 39 ans continue d'afficher la plus grande proportion de nouveaux diagnostics de VIH (32 %); par ailleurs, la proportion de cas diagnostiqués dans le groupe d'âge des 50 ans et plus a augmenté, passant de 15 % en 2009 à un peu plus de 20 % en 2014. Parmi les nouveaux cas diagnostiqués, 75 % environ sont des hommes et 25 % des femmes. Chez les hommes, la catégorie d'exposition la plus courante (60 %) est celle des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Chez les femmes, les contacts hétérosexuels sont la catégorie d'exposition la plus courante (66 %), suivie de l'utilisation de drogues injectables (27 %). En ce qui concerne la race ou l'origine ethnique, les données varient selon le sexe. Chez les hommes, on dénombre plus de 50 % de Blancs, 14 % d'Autochtones et 13 % de Noirs. Chez les femmes, on dénombre 35 % de Noires, 35 % d'Autochtones et 22 % de Blanches. À l'échelle du pays, des variations régionales sont observées dans le taux de VIH. Entre 2009 et 2014, le nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale se situait entre 200 et 249; le pourcentage de traitement périnatal a augmenté pendant cette période passant de 87 % en 2009 à 97 % en 2014.

Conclusion : Le nombre annuel de cas de VIH déclarés au Canada a diminué au cours de ces dernières années. La proportion de mères séropositives pour le VIH recevant un traitement a augmenté et le nombre de cas confirmés de nourrissons infectés par le VIH a diminué.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, à l'échelle du monde, 36,9 millions de gens vivent avec le VIH et 2,0 millions de nouveaux cas d'infection ont été dénombrés en 2014 (1). Le VIH demeure une préoccupation pour la santé publique au Canada et dans le monde entier. Le diagnostic en temps opportun de l'infection par le VIH, bénéfique non seulement pour les personnes atteintes du virus (les soins précoces et les

traitements appropriés pouvant prolonger et améliorer la qualité de vie), mais aussi pour l'ensemble de la population (car les personnes conscientes de leur séropositivité pour le VIH sont plus susceptibles d'adopter des stratégies visant à réduire le risque de retransmission du virus), constitue l'une des réponses stratégiques essentielles au Canada et à l'échelle mondiale. Le diagnostic en temps opportun est un objectif majeur de la toute récente initiative 90-90-90 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA qui vise à ce que 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2020 (2).

La déclaration à l'échelle nationale des cas de VIH a vu le jour en 1985. Entre 1996 et 2008, environ 2 100 à 2 700 nouveaux cas de VIH ont été déclarés chaque année au Canada; toutefois, le nombre de personnes vivant avec le VIH était beaucoup plus élevé. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence), à la fin de 2014, le nombre de personnes vivant avec le VIH (y compris le sida) s'élevait à environ 75 500 au Canada (3). Étant donné que les nouveaux traitements de l'infection au VIH ont fait diminuer la mortalité liée au VIH et puisque les nouvelles infections continuent à survenir à un taux supérieur au nombre de décès liés au VIH, le nombre total de Canadiens vivant avec une infection au VIH continuera vraisemblablement à augmenter dans les prochaines années.

Le présent article propose un bref aperçu de l'épidémiologie des nouveaux cas déclarés au Canada entre 2009 et 2014 et résume les tendances récemment observées par région, sexe, groupe d'âge, catégorie d'exposition et race/origine ethnique. Les données présentées ci-dedans sont fondées sur le document intitulé *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014* (4). Cette série de Rapports de surveillance sur le VIH et le sida, publiée chaque année, offre un aperçu à l'échelle nationale des données de surveillance recueillies sur les cas de VIH et de sida au Canada.

Méthodologie

Collecte des données

Au Canada, les données sur le VIH sont compilées au niveau national à partir de quatre sources : le système national de surveillance du VIH/sida (Agence de la santé publique du Canada), le Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants), les données de dépistage médical du VIH aux fins d'immigration (Citoyenneté et Immigration Canada) et les données statistiques de l'état civil de Statistique Canada. Aux fins de cet article, nous nous intéresserons principalement aux deux premières sources.

Le système national de surveillance du VIH et sida

Le système national de surveillance du VIH/sida est un système de surveillance passive qui recueille les données provenant de toutes les autorités sanitaires provinciales et territoriales, soumises volontairement chaque année à l'Agence.

Le VIH est une maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale; en tant que telle, elle fait partie des priorités de surveillance nationale. La participation au système est facultative, les cas étant soumis par les autorités sanitaires provinciales ou territoriales. Les lois régissant la déclaration des maladies infectieuses prioritaires au sein des provinces et territoires varient d'une province ou d'un territoire à l'autre; en 2015, la déclaration des cas de VIH est obligatoire (les critères de définition de cas variant toutefois) dans l'ensemble des provinces et territoires.

Bien que les critères et les méthodes de déclaration des cas de VIH varient à l'échelle du pays (5), les cas déclarés à l'Agence doivent être conformes à la définition nationale d'un cas qui exige une preuve de l'infection au VIH en laboratoire au moyen d'un test de dépistage confirmé des anticorps anti-VIH donnant des résultats réactifs répétés chez les personnes de plus de 15 mois ou pour les cas présentant des antécédents de transmission du VIH non liée à une transmission de la mère au fœtus. Voir la définition nationale de cas de VIH dans l'encadré ci-dessous.

Définition nationale de cas du VIH (6)
Adultes, adolescents et enfants ≥ 18 mois : Détection d'anticorps VIH, suivie d'une confirmation (p. ex. dosage immunoenzymatique (EIA) confirmé par un test Western Blot ou autre épreuve de confirmation) OU détection des acides nucléiques du VIH (p. ex. réaction de polymérisation en chaîne [ADN, PCR] ou ARN plasmatique) OU détection de l'antigène p24 avec confirmation par test de neutralisation OU isolement du VIH en culture **Enfants < 18 mois (sur deux échantillons séparés prélevés à des moments différents) :** Détection des acides nucléiques du VIH (p. ex. réaction de polymérisation en chaîne [ADN, PCR] ou ARN plasmatique) OU détection de l'antigène p24 avec confirmation par test de neutralisation OU isolement du VIH en culture

La base de données de surveillance du VIH se compose de données non nominatives sur des personnes ayant reçu un diagnostic d'infection au VIH, y compris, sans toutefois s'y limiter, le groupe d'âge, le sexe, la race ou l'origine ethnique, le pays de naissance et les risques associés à la transmission du VIH, lesquels sont classés par catégories d'exposition (voir l'encadré sur les catégories d'exposition ci-dessous).

Établissement de la catégorie d'exposition pour le VIH
Les cas de sida et de VIH sont classés dans une seule catégorie d'exposition selon une hiérarchie des facteurs de risque. Lorsque plus d'un facteur de risque est signalé, le cas est classé selon la catégorie d'exposition qui figure en premier (ou le plus haut) dans la hiérarchie. Par exemple, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) peuvent également présenter un risque d'infection au VIH en raison de leurs activités sexuelles hétérosexuelles. Toutefois, l'utilisation de drogues par injection est considérée comme l'activité la plus risquée entraînant un plus grand risque de transmission du VIH. La hiérarchie est la suivante : • Transmission périnatale • HARSAH-UDI (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables) • HARSAH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) • UDI : utilisation de drogues injectables • Receveurs de sang ou de produits sanguins • Contact hétérosexuel (originaire d'un pays où le VIH est endémique; contact sexuel avec une personne à risque; ou aucun risque signalé/hétérosexuel) • Exposition professionnelle • Autres • Aucun risque signalé

Des procédures normalisées d'enregistrement des données ont été appliquées à tous les ensembles de données provinciaux et territoriaux soumis afin de créer un ensemble de données nationales à des fins d'analyse.

Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada

Des données nationales sur l'état sérologique des nourrissons exposés en période périnatale à l'infection au VIH sont recueillies par l'intermédiaire du Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada, une initiative du Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants. Le Réseau canadien pour les essais VIH et la Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie au sein de l'Agence offrent leur soutien au Programme de surveillance périnatale du VIH au Canada (PSPVC).

Le PSPVC est un système de surveillance sentinelle qui recueille des données sur tous les nourrissons et enfants nés de mères reconnues comme étant séropositives pour le VIH au Canada (7). Le PSPVC vise les nourrissons dont l'exposition au VIH pendant la grossesse a été établie, ainsi que les nourrissons plus âgés et les enfants dont l'exposition n'a pas été décelée pendant la période périnatale ou qui sont nés à l'extérieur du Canada et sont traités contre une infection au VIH. Les données ont été obtenues au moyen d'une enquête nationale confidentielle et non nominative sur les nourrissons connus des pédiatres travaillant dans des centres de soins tertiaires et des spécialistes du VIH œuvrant dans des cliniques spécialisées à l'échelle du pays. L'état sérologique des nourrissons est indiqué de la façon suivante : « infection confirmée », « absence d'infection confirmée » ou « statut à l'égard de l'infection non confirmée », conformément aux

définitions de cas de l'agence américaine Centers for Disease Control and Prevention (CDC) utilisées aux fins de la surveillance de l'infection à VIH (8). Des épreuves virologiques de détection de l'acide désoxyribonucléique (ADN) ou de l'acide ribonucléique (ARN) du VIH (réaction de polymérisation en chaîne) sont utilisées pour confirmer l'état sérologique avant quatre mois.

Le statut des nourrissons est classé « non confirmé » s'ils n'ont pas encore subi le nombre de tests requis pour déterminer leur état sérologique. Le statut actuel des nourrissons dont l'infection a été confirmée est défini de la manière suivante : asymptomatique, symptomatique, décédé du sida, décédé d'une autre cause que le sida ou perdu de vue.

Analyse

Le calcul des statistiques descriptives repose sur les données du système national de surveillance du VIH/sida et du PSPVC couvrant la période allant de 2009 à 2014. Les données du système national de surveillance du VIH/sida ont été stratifiées comme suit : province ou territoire ayant fait la déclaration, groupe d'âge, sexe, catégorie d'exposition et race ou origine ethnique. Les données du PSPVC présentées ont été stratifiées comme suit : année de naissance du nourrisson, utilisation de traitement antirétroviral, état sérologique, race ou origine ethnique, et pays de naissance de la mère.

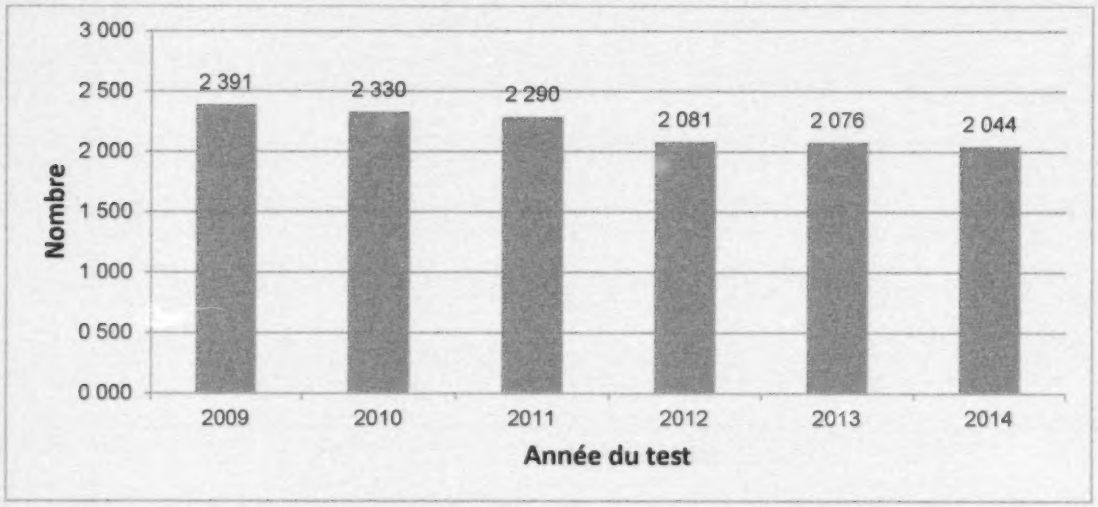
Le nombre et la proportion des cas présentés dans le présent article correspondent aux données reçues dans le cadre des activités de surveillance de routine de l'infection à VIH; aucune technique statistique n'a été appliquée pour tenir compte des données manquantes. Les données des tableaux contenant de petites cellules ($n \leq 5$) ont été examinées pour déceler tout problème lié à la qualité des données et à l'identification des cas. Des stratégies telles que la suppression de données ou la compression de catégories de données ont été utilisées lorsque cela était jugé nécessaire par les analystes nationaux ou par les fournisseurs de données provinciaux et territoriaux.

Résultats

Tendances de l'infection par le VIH, au fil du temps

Le nombre de cas déclarés de VIH diminue régulièrement chaque année depuis 2009; en 2014, 2 044 cas ont été déclarés, ce qui représente une baisse de 1,7 % par rapport aux 2 076 cas déclarés en 2013 et constitue le nombre annuel le plus bas observé au cours des vingt dernières années **(Figure 1)**.

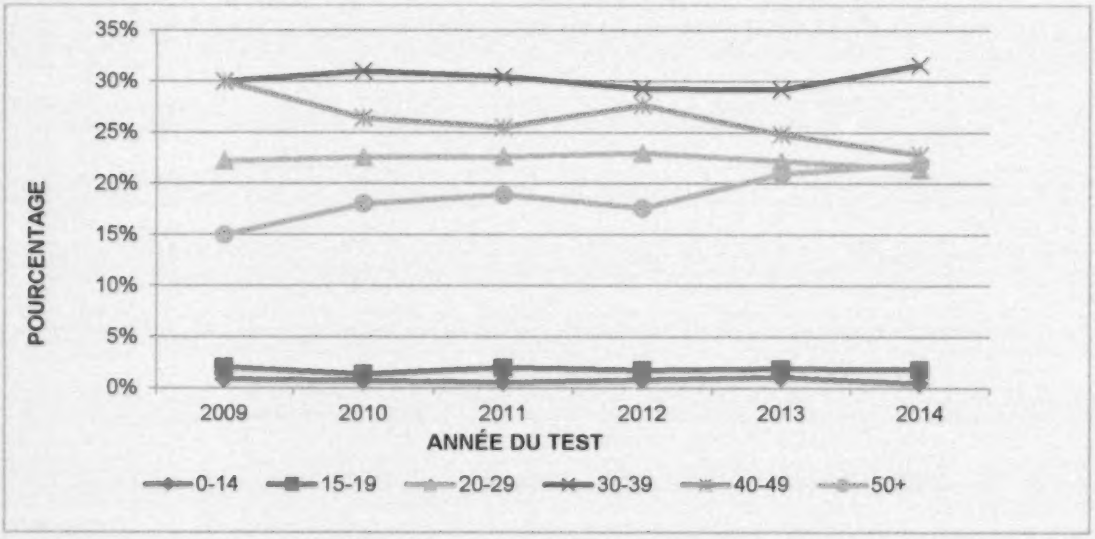
Figure 1 : Nombre de cas du VIH déclarés par année de test – Canada, de 2009 à 2014



Distribution par âge et par sexe

La plus grande proportion de cas de VIH diagnostiqués revient au groupe d'âge des 30 à 39 ans, qui dénombre environ un tiers des cas déclarés annuellement, suivi par le groupe des 40 à 49 ans. Ces dernières années, la proportion de cas diagnostiqués chez les 50 ans et plus a augmenté; en 2014, la proportion de cas déclarés dans ce groupe d'âge dépassait celle déclarée chez les 20 à 29 ans (**Figure 2**). À noter que l'âge indiqué dans ces données est l'âge à la pose du diagnostic, ce qui ne correspond pas nécessairement à l'âge de la contraction de l'infection.

Figure 2 : Nombre de cas du VIH déclarés en fonction du groupe d'âge et de l'année du test – Canada, de 2009 à 2014



Les hommes ont toujours détenu la majorité des cas de VIH déclarés; dans les années 1990, on dénombrait plus de 90 % des cas annuels de VIH dans cette population. Entre 2009 et 2014, la proportion annuelle des

cas de VIH déclarés revenant aux femmes est demeurée stable, représentant environ un quart des cas (plage de 21,8 à 25,8 %).

En général, l'âge du diagnostic diffère entre les hommes et les femmes : le VIH est diagnostiqué à un âge plus précoce chez les femmes (≤ 15, de 15 à 19 et de 20 à 29 ans) par rapport aux hommes, dont une plus grande proportion des cas de VIH sont diagnostiqués à un âge plus avancé (de 30 à 39, de 40 à 49 et de 50 ans et plus).

Catégorie d'exposition

Les tendances relatives aux catégories d'exposition ont évolué depuis le début de la déclaration des cas de VIH. Au tout début de l'épidémie, plus de 80 % des cas dont la catégorie d'exposition était connue étaient attribués à la catégorie d'exposition « Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » (HARSAH). Bien que cette catégorie d'exposition reste prédominante au Canada, la proportion a diminué au fil des ans.

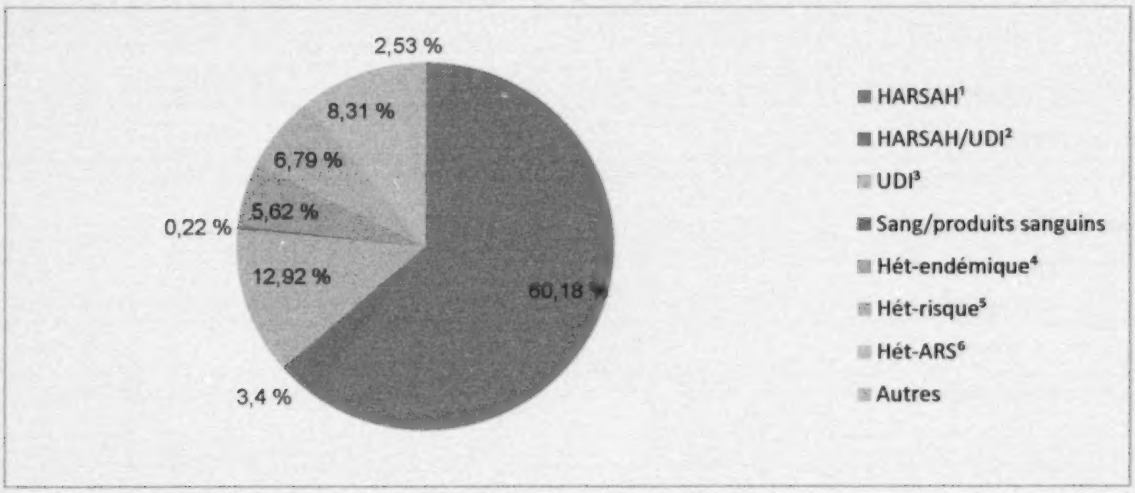
Entre 2009 et 2014, parmi les cas dont la catégorie d'exposition était connue (67,0 %), 45,9 % de tous les cas de VIH déclarés chez les adultes (≥ 15 ans) étaient attribués à la catégorie d'exposition HARSAH. La deuxième catégorie d'exposition en importance signalée chez les adultes était celle liée aux contacts hétérosexuels (31,5 %), avec une répartition quasi uniforme des cas de VIH attribués à des contacts hétérosexuels chez les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique (Hét-endémique, 10,7 %), à des contacts hétérosexuels avec une personne à risque (Hét-risque, 10,5 %), et à des contacts hétérosexuels avec une personne ne présentant aucun risque signalé (Hét-ARS, 10,3 %). La troisième catégorie d'exposition en importance signalée chez les adultes entre 2009 et 2014 était celle liée à l'utilisation de drogues par injection (UDI) qui représentait 16,3 % des cas de VIH déclarés.

Catégorie d'exposition et le sexe

La répartition des cas de VIH entre les hommes et les femmes adultes (≥ 15 ans) diffère en ce qui a trait à la catégorie d'exposition. Entre 2009 et 2014, la catégorie d'exposition HARSAH dénombrait la plus grande proportion (60,2 %) des cas de VIH déclarés chez les hommes adultes, tandis que le contact hétérosexuel (y compris les groupes Hét-endémique, Hét-risque et Hét-ARS) représentait 66,2 % des cas chez les femmes adultes (**Figure 3** et **Figure 4**). En ce qui concerne les contacts hétérosexuels, une différence importante a été observée entre les hommes et les femmes dans la catégorie d'exposition Hét-endémique qui comptait 27,0 % des cas de contact hétérosexuel chez les femmes par rapport à 5,6 % chez les hommes.

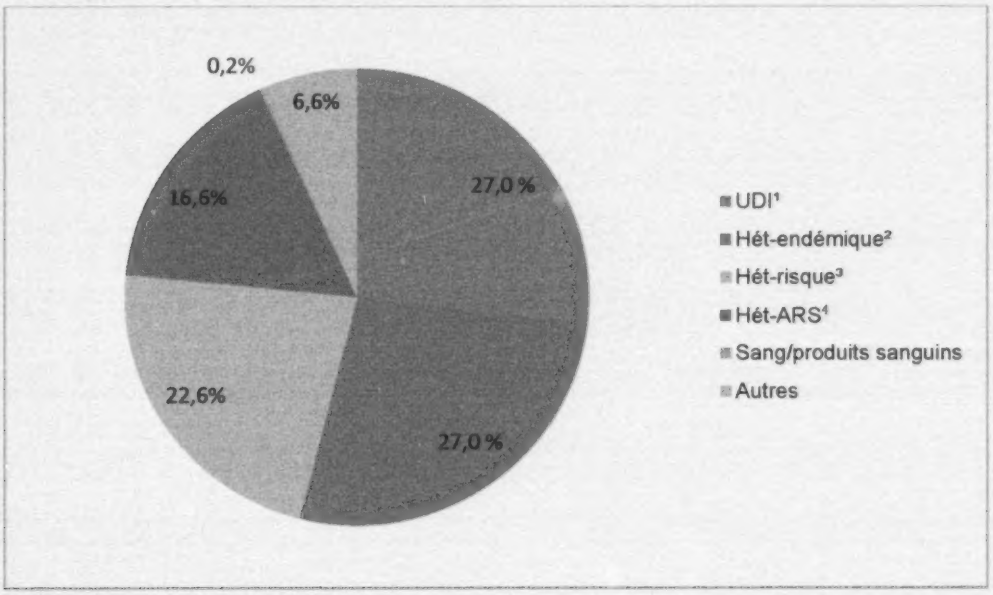
L'exposition par UDI représentait environ un quart des cas de VIH chez les femmes adultes (27,0 %) par rapport à 16,3 % des cas de VIH chez les hommes adultes (12,9 % par exposition par UDI et jusqu'à 3,4 % dans la catégorie HARSAH/UDI).

Figure 3 : Proportion des cas du VIH déclarés parmi les hommes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition – Canada, de 2009 à 2014



[1] HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
[2] HARSAH/UDI : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables
[3] UDI : utilisation de drogues injectables
[4] Hét-endémique : originaire d'un pays où le VIH est endémique
[5] Hét-risque : contact hétérosexuel avec une personne à risque
[6] Hét-ARS : contact hétérosexuel avec aucun risque signalé

Figure 4 : Proportion des cas du VIH déclarés parmi les femmes adultes (≥ 15 ans), par catégorie d'exposition – Canada, de 2009 à 2014



[1]UDI : utilisation de drogues injectables
[2]Hét-endémique : originaire d'un pays où le VIH est endémique
[3]Hét-risque : contact hétérosexuel avec une personne à risque
[4]Hét-ARS : contact hétérosexuel avec aucun risque signalé

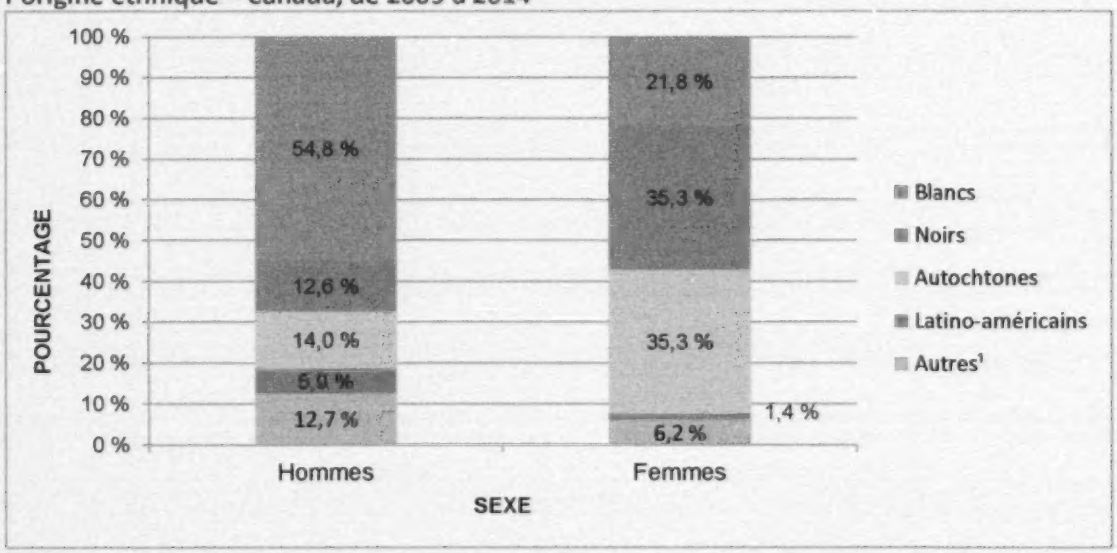
Distribution selon la race ou l'origine ethnique

Des renseignements sur la race ou l'origine ethnique étaient disponibles pour environ deux tiers (59,8 %) des cas de VIH déclarés entre 2009 et 2014. Bien qu'il s'agisse d'une amélioration par rapport aux années précédant l'année 2009, les tendances nationales présentées dans le présent article doivent être interprétées avec prudence étant donné qu'un nombre important de cas de VIH ne sont pas inclus dans l'analyse de la race ou de l'origine ethnique. Ces données pourraient ne pas être entièrement représentatives du Canada, car les données sur la race ou l'origine ethnique concernant les cas de VIH dans les provinces et les territoires ayant des populations plus diversifiées ne sont pas incluses.

Entre 2009 et 2014, près de la moitié des cas de VIH déclarés ont été identifiés comme : Blancs (46,8 %), suivie par Autochtones (19,2 %) et Noirs (18,1 %). La répartition du groupe autochtone est la suivante : Premières Nations 14,3 %, Métis 1,5 %, Autochtones d'origine non précisée 3,3 % et Inuits 0,0 %.

La distribution des cas selon la race ou l'origine ethnique varie en fonction du sexe : entre 2009 et 2014, chez les hommes, la catégorie des Blancs (54,8 %) recueillait la majorité des cas, suivie des Autochtones (14,0 %) et des Noirs (12,6 %) (**Figure 5**). Comparativement, chez les femmes, les catégories de Noirs (35,3 %) et d'Autochtones (35,3 %) venaient en tête avec des proportions de cas égales, suivie de la catégorie des Blancs (21,8 %).

Figure 5 : Proportion de cas du VIH déclarés (tous âges confondus) selon le sexe et la race ou l'origine ethnique – Canada, de 2009 à 2014



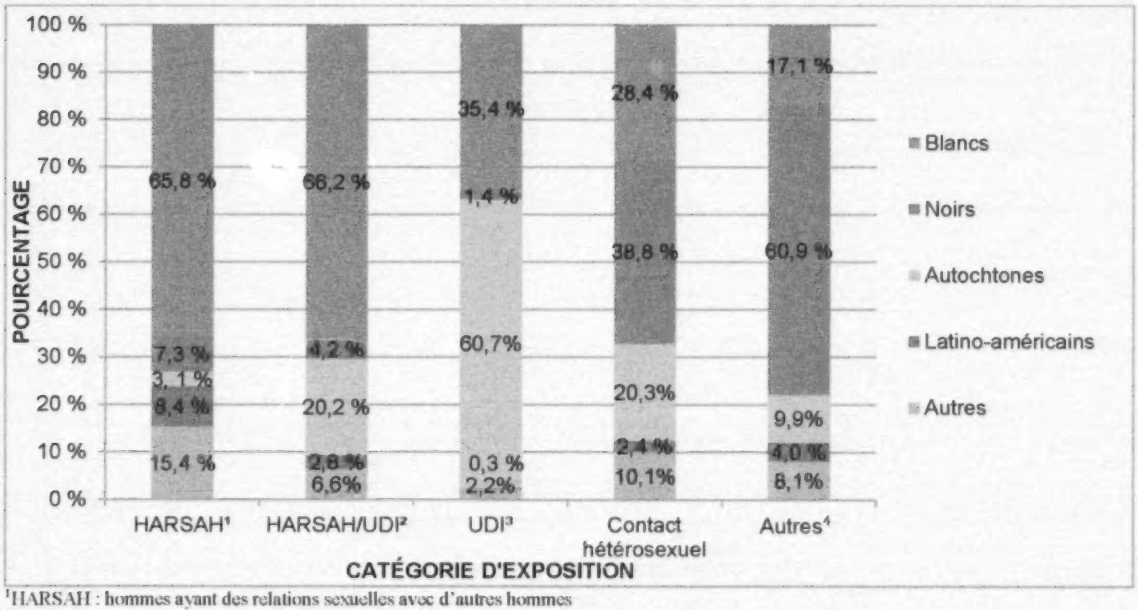
[1] « Autres » comprend les Asiatiques, les Asiatiques du Sud, de l'Ouest, les Arabes et autres races ou origines ethniques

Race ou origine ethnique et catégorie et d'exposition

Des renseignements sur la race ou l'origine ethnique et sur la catégorie d'exposition étaient disponibles pour 58,3 % des cas déclarés entre 2009 et 2014. Étant donné qu'un nombre important de cas du VIH n'était pas signalé avec ces deux éléments de données, cette section n'est probablement pas représentative de la distribution générale selon la catégorie d'exposition et la race ou l'origine ethnique au Canada.

Parmi les cas de VIH attribués à la catégorie d'exposition des HARSAH, la majorité (65,8 %) est comprise dans le groupe Blancs (**Figure 6**). Presque tous les cas de VIH attribuables à l'exposition par UDI étaient des Autochtones (60,7 %) ou des Blancs (35,4 %). Parmi les cas attribués à la catégorie Hét-endémique (une des catégories d'exposition relevant des contacts hétérosexuels), 82,9 % étaient dans la catégorie des Noirs.

Figure 6 : Proportion de cas du VIH déclarés (tous âges confondus) selon la catégorie d'exposition et la race ou l'origine ethnique – Canada, de 2009 à 2014



[1]HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
[2]HARSAH/UDI : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisant des drogues injectables
[3]UDI : utilisation de drogues injectables
[4]« Autres » comprend les Asiatiques, les Asiatiques du Sud, de l'Ouest, les Arabes et autres races ou origines ethniques

Distribution géographique

Le taux de diagnostic (tous âges confondus) de VIH au Canada en 2014 était de 5,8 cas pour 100 000 habitants. Le taux le plus élevé (pour 100 000 habitants) était en Saskatchewan (10,8 cas), suivi par le Yukon (8,2 cas), l'Alberta (6,7 cas), le Manitoba (6,6 cas) et l'Ontario (6,1 cas). En Saskatchewan, le taux de diagnostics de VIH tous âges confondus a atteint un pic de 19,2 cas pour 100 000 habitants en 2009, avec des diminutions annuelles par la suite. Les taux déclarés de diagnostic de VIH par les autres provinces et territoires étaient tous inférieurs au taux national (plage allant de 0.0 au Nunavut à 5,7 pour 100 000 en Colombie-Britannique). Le **Tableau 1** fournit le nombre de cas déclarés et le taux de diagnostic de VIH par province et territoire pour les années 2009 à 2014.

Tableau 1 : Nombre de cas du VIH et taux de diagnostic (pour 100 000 habitants), dans l'ensemble du Canada et par province et territoire de 2009 à 2014

Année de diagnostic	Nombre / Taux	Canada	[1]C.-B.	[2]Yn	[3]Alb.	[4]T.N.-O.	[5]Nt	[6]Sask.	[7]Man.	[8]Ont.	[9]Qc	[10]N.-B.	[11]N.-É.	[12]Î.-P.-É.	[13]T.-N.-L.
2009	Nombre	2 391	337	<5[14]	219	<5	0	199	103	996	512	<5	13	0	6
	Taux	7,1	7,6	--	6,0	--	0,0	19,2	8,5	7,7	6,5	--	1,4	0,0	1,2
2010	Nombre	2 330	300	<5	204	0	0	174	121	1 025	476	8	15	<5	<5
	Taux	6,9	6,7	--	5,5	0,0	0,0	16,5	9.9	7,8	6,0	1,1	1,6	--	--
2011	Nombre	2 290	288	<5	224	<5	0	188	77	1 003	477	10	15	<5	<5
	Taux	6,7	6,4	--	5,9	--	0,0	17,6	6,2	7,6	6,0	1,3	1,6	--	--
2012	Nombre	2 081	237	<5	242	<5	0	184	71	869	443	<5	18	<5	9
	Taux	6,0	5,2	--	6,2	--	0,0	16,9	5,7	6,5	5,5	--	1,9	--	1,7
2013	Nombre	2 076	267	<5	261	<5	0	129	118	815	453	5	16	<5	7
	Taux	5,9	5,8	--	6,5	--	0,0	11,7	9,3	6,0	5,6	0,7	1,7	--	1,3
2014	Nombre	2 044	262	<5	276	<5	0	121	85	837	435	<5	10	<5	10
	Taux	5,8	5,7	--	6,7	--	0,0	10,8	6,6	6,1	5,3	--	1,1	--	1,9

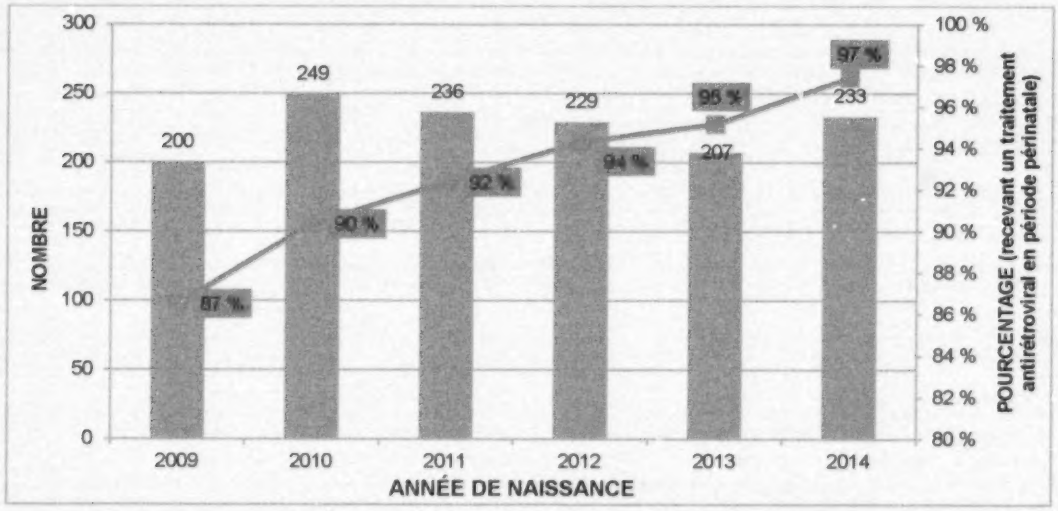
[1]C.-B. : Colombie-Britannique; [2]Yn : Yukon; [3]Alb. : Alberta; [4]T.N.-O. : Territoires du Nord-Ouest; Nt : Nunavut; [6]Sask. : Saskatchewan; [7]Man. : Manitoba; [8]Ont. : Ontario; [9]Qc : Québec; [10]N.-B. : Nouveau-Brunswick; [11]N.-É. : Nouvelle-Écosse; [12] Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard; [13]T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador; [14]Aucun taux disponible pour les nombres inférieurs à 5.

Transmission d'une mère à son enfant (exposition périnatale)

Sur l'ensemble du Canada, entre 2009 et 2014, le nombre de nourrissons ayant été exposés au VIH durant la période prénatale se situait chaque année entre 200 et 249 cas. En 2014, 233 cas d'exposition périnatale au VIH ont été déclarés chez les nourrissons, ce qui constitue une augmentation de 14,8 % du nombre de cas par rapport aux 207 cas signalés en 2013 (**Figure 7**).

La proportion de mères séropositives pour le VIH recevant un traitement antirétroviral (TA) a augmenté au fil du temps, s'établissant à 97,4 % en 2014 (**Figure 7**). De ce fait, le nombre de nourrissons nés au Canada présentant une infection au VIH confirmée a diminué au cours des cinq dernières années. En 2009, huit cas d'infection au VIH confirmée (4,0 %) ont été dénombrés; en 2014 seuls deux cas ont été dénombrés (0,4 %).

Figure 7 : Nombre de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale et proportion de nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale recevant un traitement antirétroviral en période périnatale selon l'année de naissance – Canada, de 2009 à 2014



Un examen de tous les nourrissons ayant été exposés pendant la période périnatale entre 2009 et 2014 indique que pour la majorité d'entre eux (77,4 %), l'infection de la mère était attribuable à des contacts hétérosexuels alors que pour près d'un cinquième d'entre eux (18,3 %), elle était attribuée à l'utilisation de drogues par injection. En ce qui concerne la distribution selon la race ou l'origine ethnique chez les nourrissons, plus de la moitié des cas (54,1 %) sont déclarés comme étant de race noire, un cinquième (19,6 %) comme Autochtones et près d'un cinquième (18,5 %) comme de race blanche. La région de naissance de la mère pour la majorité des nourrissons était l'Afrique (44,8 %), l'Amérique du Nord (39,3 %) et les Caraïbes (6,6 %).

Discussion

Le nombre annuel de nouveaux cas de VIH déclarés au Canada a diminué au cours de ces dernières années. En 2014, le nombre de nouveaux cas de VIH déclarés à l'Agence était le nombre annuel le plus bas déclaré au cours des vingt dernières années; le taux est désormais de 5,8 cas pour 100 000 habitants. Dans l'ensemble du Canada, la catégorie d'exposition des HARSAH demeure la principale catégorie d'exposition au VIH, suivie des contacts hétérosexuels et de l'exposition liée à l'utilisation de drogues injectables, les nombres variant quelque peu selon le sexe, la province ou le territoire et la race ou l'origine ethnique. Des différences marquées ont été observées entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'âge au moment du diagnostic du VIH. Le diagnostic du VIH avait tendance à être établi à un plus jeune âge chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, la proportion de cas de VIH diagnostiqués chez les Canadiens de 50 ans et plus a augmenté progressivement. Bien que le nombre d'enfants exposés durant la période périnatale ait légèrement augmenté en 2014, la proportion de mères séropositives pour le VIH recevant un traitement a également augmenté et seulement deux cas confirmés de nourrissons infectés par le VIH ont été recensés au Canada.

Les données du système national de surveillance du VIH comportent plusieurs limitations dues notamment aux pratiques de déclaration qui varient entre les provinces et territoires, aux retards de déclaration, aux sous-déclarations, aux déclarations en double, aux données manquantes ou incomplètes. L'exhaustivité des données épidémiologiques recueillies et soumises à l'Agence varie selon la province ou le territoire. En particulier, les renseignements relatifs à la catégorie d'exposition, à la race ou à l'origine ethnique sont incomplets pour bon nombre de cas déclarés. À noter, par exemple, que le Québec ne soumet à l'Agence

aucun renseignement sur la catégorie d'exposition ou la race ou l'origine ethnique des cas de VIH déclarés; toutefois, la province publie des rapports provinciaux qui comprennent des renseignements sur ces paramètres. En Ontario, l'exhaustivité des données relatives à la catégorie d'exposition, à la race ou à l'origine ethnique concernant les cas de VIH a évolué au fil du temps. Elle s'est fortement améliorée pour les données recueillies depuis 2009 en raison de l'inclusion de données supplémentaires recueillies par l'intermédiaire du Programme d'amélioration des laboratoires. Le Manitoba ne fournit pas de données désagrégées sur les populations autochtones. Les données de surveillance périnatale collectées par le PSPVC étant issues d'un système de surveillance sentinelle, l'existence d'un biais lié au processus d'aiguillage est possible car les données collectées proviennent des principaux centres d'aiguillage de chaque zone géographique (7).

Il est important de préciser que nos données tendent à sous-estimer l'ampleur de l'épidémie de VIH. Les données de surveillance ne reflètent pas le nombre total de personnes infectées par le VIH (prévalence) ni le nombre de personnes nouvellement infectées chaque année (incidence). Elles ne nous renseignent que sur les personnes ayant subi le test de dépistage et reçu le diagnostic de VIH. De plus, parce que le VIH est une infection chronique avec une longue période de latence, de nombreuses personnes nouvellement infectées au cours d'une année donnée peuvent n'être diagnostiquées que bien plus tard dans la vie. L'évolution au fil du temps des comportements individuels ou sociétaux peut contribuer à une évolution des tendances observées sur la maladie, notamment une évolution des tendances de dépistage du VIH (les personnes qui viennent subir un test de dépistage et le moment où elles viennent).

La connaissance de la séropositivité pour le VIH demeure un important problème. À la fin de l'année 2014, environ 21 % des 75 500 personnes vivant avec le VIH au Canada ignoraient qu'elles étaient infectées. N'étant pas prises en charge par les systèmes de santé et de surveillance des maladies, ces personnes ne peuvent tirer parti des services appropriés de prévention, de soins et de traitement avant de subir un dépistage et de recevoir un diagnostic. La connaissance de la séropositivité est également importante pour prévenir la transmission verticale du virus.

Au Canada, la transmission continue du VIH demeure préoccupante. Étant donné que les nouveaux traitements de l'infection au VIH ont fait diminuer la mortalité liée au VIH et que les nouvelles infections continuent à se produire, le nombre total de Canadiens vivant avec une infection au VIH continuera vraisemblablement à augmenter dans les prochaines années. Ainsi, la diminution documentée du taux de nouveaux cas ne signifie pas pour autant que les besoins en matière de soins liés au VIH vont diminuer. Il importe de poursuivre les efforts engagés afin de pouvoir joindre les cas non diagnostiqués de VIH pour diminuer la transmission (9).

Enfin, compte tenu des variations du nombre de déclarations de cas d'infection au VIH, ainsi que des variations d'un profil démographique à l'autre (p. ex. race ou origine ethnique, âge et sexe) dans les provinces et les territoires, les données figurant dans le présent article font ressortir la nécessité de concevoir des interventions propres à chaque population.

Les données nationales de surveillance du VIH recueillies par l'Agence continuent à éclairer les travaux suivants : les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada; la mise au point et l'évaluation du parcours de soins pour l'infection à VIH; l'élaboration et l'évaluation des directives et recommandations nationales en matière de santé publique (p. ex. lignes directrices sur le dépistage du VIH); l'élaboration de politiques et de programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux pour prévenir et contrôler le VIH/sida, l'élaboration et la diffusion de connaissances crédibles et d'une orientation fondées sur les preuves en matière de santé publique pour appuyer les professionnels de la santé et l'élaboration de stratégies d'intervention ciblées à l'échelle locale, provinciale et nationale.

Remerciements

La surveillance du VIH à l'échelle nationale est possible grâce au soutien de toutes les provinces et de tous les territoires qui participent à cette activité et en déterminent l'orientation. L'Agence tient donc à remercier tous les coordonnateurs et le personnel des laboratoires, les fournisseurs de soins de santé et les médecins

provinciaux et territoriaux des programmes sur le VIH/sida d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives qui nous ont permis de publier cet article.

L'Agence remercie également le Groupe canadien de recherche sur le sida chez les enfants d'avoir bien voulu fournir des données sur l'exposition périnatale au VIH.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références

(1) Global summary of the AIDS epidemic, 2014. http://www.who.int/hiv/data/epi_core_july2015.png?ua=1

(2) Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS). 90–90–90—An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf

(3) Public Health Agency of Canada. Summary: Estimates of HIV Incidence, Prevalence and Proportion Undiagnosed in Canada, 2014. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2015.(Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php)

(4) Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 2014. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2015.(Publication à venir)

(5) National Collaborating Centre for Infectious Diseases. Notifiable Diseases Database. http://nddb.ca/diseaseinfo/search/search_disease#search_disease

(6) Public Health Agency of Canada. Case definitions for communicable diseases under national surveillance. CCDR. 2009 Nov;35S2:86–7. (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2013/dec/assets/pdf/hiv-aids-surveillence-fra.pdf)

(7) Forbes JC, Limenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM, *et al.*; Canadian Pediatric AIDS Research Group. A national review of vertical HIV transmission. AIDS. 2012 Mar 27;26(6):757–63. doi: 10.1097/QAD.0b013e328350995c.

(8) Schneider E, Whitmore S, Glynn MK, Dominguez K, Mitsch A, McKenna MT. Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged <18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to <13 years—United States, 2008. MMWR. 2008 Dec 5;57(RR-0):1–16. http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf

(9) Traversy GP, Austin T, Ha S, Timmerman K, Gale-Rowe M. An overview of recent evidence on barriers and facilitators to HIV testing. CCDR. 2015 Dec;41(12): 445–454. (Disponible en français : http://phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/15vol41/dr-rm41-12/ar-01-fra.php)

Examen

Un aperçu des récentes données probantes sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine

Traversy GP[1], Austin T[1], Ha S[1], Timmerman K[1]*, Gale-Rowe M[1]

[1]Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario)

*Correspondance : karen.timmerman@phac-aspc.gc.ca

Résumé

Contexte : Pour aborder la question des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) non diagnostiquées, l'Agence de la santé publique du Canada a publié le *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine* en 2012, qui indiquait plusieurs obstacles et facteurs favorables au dépistage du VIH.

Objectif : Cet aperçu a pour objet de résumer les dernières données probantes sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH afin d'élargir la portée des recherches menées dans le cadre du *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH*.

Méthodologie : Un examen de la documentation publiée entre 2010 et 2014 a été mené au moyen de Scopus, de PubMed (MEDLINE) et de la bibliothèque Cochrane. On a d'ailleurs recherché de récents rapports sur les sites Web de groupes tels que les Centers for Disease Control and Prevention, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, le ministère de la Santé de l'Australie et du Vieillissement et le ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande. Les études ont été classées en fonction de l'obstacle ou du facteur favorable déterminé et les résultats ont été résumés.

Résultats : En plus des obstacles connus, à savoir le manque de risque perçu, la gêne et le manque de connaissances, les contraintes de temps des fournisseurs, la crainte d'obtenir un résultat positif et la stigmatisation et la discrimination, de nouvelles études ont établi d'autres obstacles, notamment : la crainte de divulgation ou de manque de confidentialité, le manque d'accès, le manque de rémunération pour les fournisseurs et le manque de ressources humaines pour effectuer les tests de dépistage. Dans des études récentes, le test avec option de non-participation a été reconnu comme un facteur favorable, en plus de facteurs favorables perçus tels que l'accroissement de la sensibilisation et la normalisation du dépistage et du diagnostic de l'infection par le VIH.

Conclusion : Depuis 2010, les recherches nous ont permis d'accroître nos connaissances sur les obstacles et les facteurs favorables. Elles peuvent être appliquées pour aider à réduire le nombre d'infections par le VIH non diagnostiquées.

Introduction

Désormais, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est largement considérée comme une maladie maîtrisable grâce aux progrès thérapeutiques. Toutefois, sans intervention adaptée, le VIH peut évoluer pour devenir le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida), qui peut entraîner la maladie et le décès. La réduction de la propagation du VIH au Canada exige des efforts concertés de dépistage et de diagnostic généralisés pour identifier les personnes pouvant manquer des occasions de traitement et donc transmettre le virus à d'autres personnes sans le savoir. Il est important d'offrir un diagnostic précoce du VIH

pour préserver la qualité de vie des personnes infectées. En outre, la réduction du nombre de cas d'infection par le VIH non diagnostiquée aidera à prévenir la transmission du virus (1).

Au Canada, environ 75 500 personnes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2014 et on estimait que 21 % d'entre elles ne le savaient pas (2). En complément des initiatives actuelles visant à réduire le nombre de cas d'infection par le VIH non diagnostiquée au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) a publié le *Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine* (le Guide) en 2012 pour appuyer les fournisseurs de soins de santé dans la normalisation du dépistage du VIH (1). Dans le Guide, on a repéré plusieurs obstacles et facteurs favorables au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH, plus précisément : le manque de risque perçu d'infection par le VIH chez les patients et les fournisseurs; la gêne et le manque de connaissances à l'égard du dépistage du VIH parmi les patients et les fournisseurs; les contraintes de temps pour les fournisseurs; les procédures fastidieuses relatives au consentement; la gestion des craintes liées à la stigmatisation ou à la discrimination associées au dépistage; et les comportements à risque en général (1).

Les études consultées pour orienter le Guide ont été publiées avant 2010 (1). Puisque la mise en œuvre et la normalisation du dépistage et du diagnostic systématiques de l'infection par le VIH demeurent une question importante pour la santé publique au Canada, on a exigé un aperçu général d'études plus récentes sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH. Nous avons choisi de donner un aperçu de la documentation en raison du manque d'uniformité de la définition des obstacles et des facteurs favorables dans l'ensemble des études. De plus, le chevauchement entre les obstacles et les facteurs favorables limite la capacité à effectuer un examen systématique.

Cet aperçu a pour objet de résumer les dernières données probantes concernant les obstacles et les facteurs favorables au dépistage et au diagnostic de l'infection par le VIH au Canada, et dans des pays développés semblables afin d'aider à repérer les lacunes en matière de connaissances et possiblement d'orienter les révisions futures du Guide.

Méthodologie

On a procédé à un examen de la documentation au moyen de bases de données telles que Scopus, PubMed (MEDLINE) et la bibliothèque Cochrane. Parmi les termes de recherche employés, on comptait « VIH », « virus de l'immunodéficience humaine », « dépistage », « diagnostic », « obstacles », « facteurs favorables » ou « facteurs de prédiction ». Parmi d'autres sources de documentation ayant fait l'objet de recherches pour des rapports pertinents, on comptait les sites Web des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), du ministère australien de la Santé et du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande. Des études et des rapports provenant du Canada, des États-Unis, de l'Europe, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, publiés entre 2010 et 2014, faisaient partie de l'examen de la documentation. Les éditoriaux, les commentaires et les lettres au rédacteur ont été exclus. Les principaux obstacles et facteurs favorables repérés dans chacune des études ont été examinés et classés, puis des tableaux de données probantes ont été élaborés en vue de résumer et d'organiser les principales conclusions. L'organisation des résultats de l'étude dans les catégories d'obstacles et de facteurs favorables a été confirmée par deux des auteurs du présent article, soit S. Ha et T. Austin. Les obstacles et les facteurs favorables sont décrits dans le **Tableau 1**.

Tableau 1 : Description des obstacles et des facteurs favorables

Obstacles	Définition
Manque de risque perçu d'infection par le VIH	**Pour les patients :** le patient ne croit pas qu'il risque de contracter le VIH ou il croit que ses comportements lui permettent de prévenir les risques. **Pour les fournisseurs :** le fournisseur ne croit pas que son patient risque de contracter le VIH, ou suppose que le risque est faible, ou il peut également croire que le VIH ne pose aucun problème pour sa population de patients ou la région dans laquelle il exerce sa pratique.
Gêne de discuter du VIH ou manque de connaissances	**Pour les patients :** le patient ne se sent pas à l'aise de discuter du VIH ou d'autres questions en matière de sexualité avec le fournisseur et il peut avoir un manque de connaissances générales sur le VIH ou ne pas savoir où et comment subir un test de dépistage. **Pour les fournisseurs :** le fournisseur se sent gêné ou anxieux de poser des questions de nature sexuelle au patient ou de susciter la crainte chez ce dernier en ce qui a trait au VIH. Il peut manquer de connaissances sur les procédures de consentement, la façon de gérer des résultats positifs et les procédures de déclaration pour son territoire de compétence. En outre, il peut penser qu'un manque de formation précise l'empêche de procéder au dépistage du VIH.
Contrainte de temps pour les fournisseurs de soins de santé	Les fournisseurs de soins de santé n'ont pas suffisamment de temps pour le dépistage du VIH et la consultation connexe. Ils ont d'ailleurs des priorités concurrentes pendant les visites qui les empêchent de procéder au dépistage du VIH.
Peur, stigmatisation et discrimination	Le patient craint d'obtenir des résultats positifs, de subir des répercussions sociales s'il demande un dépistage ou s'il est infecté (discrimination, rejet), de ne pas être capable de faire face aux résultats ou bien de voir une personne qu'il connaît à la clinique.
Accès aux tests	Une incapacité d'accéder aux tests en général (zone éloignée ou rurale, absence d'assurance maladie [études menées aux États-Unis], heures d'ouverture du lieu de dépistage, barrières linguistiques) ou une incapacité d'accéder à une variété de services de dépistage qui sont habituellement offerts (p. ex. manque de lieux de dépistage anonyme dans les zones rurales par rapport aux zones métropolitaines) posent un obstacle au dépistage.
Contraintes en matière de ressources financières et humaines	Des cas où les fournisseurs ne peuvent pas effectuer le dépistage du VIH en raison d'un manque de rémunération ou ils ne sont pas capables d'exécuter des initiatives de dépistage du VIH en raison d'un manque de personnel.
Facteurs favorables	**Définition**
Normalisation du dépistage du VIH	Réduire la stigmatisation entourant le VIH en faisant du dépistage un test routinier (comme pour les tests de cholestérol, par exemple). Offrir le dépistage dans le cadre de soins réguliers.
Test avec option de non-participation	Le dépistage du VIH est offert et effectué à moins que le patient ne refuse expressément de le subir.
Connaissances approfondies et sensibilisation accrue	Le matériel didactique axé sur les patients permet d'approfondir leurs connaissances, d'être plus susceptibles de voir les aspects positifs du dépistage du VIH et d'accroître l'intérêt à subir un test. Le matériel axé sur les fournisseurs permet d'améliorer la formation sur le dépistage du VIH et la communication entre le fournisseur et le patient.

Résultats

En tout, on a repéré 34 études et rapports sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH, dont la majorité provenait des États-Unis, tandis qu'un nombre moins élevé d'études et de rapports

provenaient de pays européens et de l'Australie. Un rapport et une étude provenaient du Canada et on n'a trouvé aucun document de la Nouvelle-Zélande.

Obstacles

Manque de risque perçu d'infection par le VIH

Un obstacle important au dépistage du VIH est le manque de risque qui perçu découle de l'incapacité d'évaluer les niveaux de risque avec exactitude pour soi-même (par les patients ou les clients) ou pour les patients (par les fournisseurs de soins de santé). Dans un examen systématique d'études européennes par Deblonde *et al.*, la perception d'un faible risque était considérée comme étant un obstacle dans 4 (de 24) études analysées (3). Dans un sondage mené auprès de 629 Européens ayant récemment reçu un diagnostic de VIH, 73 % des répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas précédemment subi un test de dépistage du VIH en raison de la perception d'un faible risque (4). Selon un sondage réalisé en Australie auprès de 519 hommes séronégatifs, 41,2 % des répondants ont révélé qu'ils avaient évité ou reporté le dépistage parce qu'ils ne croyaient pas avoir adopté des comportements à risque (5). De même, on a examiné, dans le cadre de plusieurs études américaines fondées sur des entrevues, les obstacles au dépistage initial chez les patients souffrant du VIH/sida ou les facteurs qui ont contribué au diagnostic tardif de l'infection par le VIH chez les personnes ayant contracté le sida dans les 12 mois suivant le diagnostic du VIH (6-8).

La perception d'un risque faible est un thème récurrent parmi ces études (6-8). Ce facteur a été mentionné par 14 des 41 personnes interrogées dans une étude réalisée à San Francisco et par 89 des 139 personnes interrogées dans le cadre d'une autre étude menée à New York (7, 8). Des fournisseurs de soins de la santé de la Caroline du Nord interrogés par White *et al.* ont aussi indiqué que la perception d'un risque faible était un facteur dissuadant les patients de subir un test routinier (9). En outre, il a été suggéré, par suite d'entrevues avec des fournisseurs de soins primaires, des spécialistes des maladies infectieuses et des résidents de médecine interne, que la perception d'un faible risque des patients pose un défi pour le dépistage (10, 11). Par conséquent, les patients qui perçoivent leur risque d'infection par le VIH comme étant faible sont moins susceptibles de subir un test de dépistage du VIH.

En revanche, l'évaluation inadéquate du risque par les fournisseurs de soins de santé peut également constituer un obstacle. D'après les résultats d'entrevues et de sondages réalisés auprès de fournisseurs de soins de la santé, une perception inexacte du risque ou une perception d'un faible risque constituait un obstacle commun au dépistage du VIH. À l'occasion d'un sondage mené auprès de 221 fournisseurs de soins de la santé à Washington, 57 % ont convenu que le fait de percevoir le patient comme étant à faible risque était un obstacle au dépistage (12). On a également considéré les fausses hypothèses sur les risques des patients comme un obstacle par suite d'entrevues à questions ouvertes avec 24 fournisseurs de soins de santé au Mississippi et au Rhode Island (13). Dans le cadre d'un sondage réalisé auprès de coordonnateurs du dépistage du VIH, de directeurs de programme, d'infirmières gestionnaires et de directeurs de laboratoire dans des hôpitaux, des organismes communautaires et des cliniques ou centres de santé à Washington, DC, et à Houston, au Texas, on a constaté qu'un obstacle fréquemment sélectionné était le fait que le VIH ne posait pas de problème pour la population de patients (68,6 % à Washington et 20,9 % à Houston) (14). De même, on a étudié les raisons pour lesquelles les stagiaires étaient encouragés ou non à effectuer des tests de dépistage du VIH routiniers dans le cadre d'un sondage réalisé auprès de 515 éducateurs cliniques de la Society of General Internal Medicine aux États-Unis. La perception d'une faible prévalence locale constituait la raison la plus courante pour laquelle on n'encourageait pas les stagiaires à effectuer des tests routiniers (15).

Gêne et manque de connaissances

Le manque de connaissances est un obstacle important pour les patients qui a une incidence sur les autres obstacles. Au cours d'un sondage réalisé aux États-Unis auprès de 443 adultes dans neuf cliniques universitaires de médecine interne, on a constaté que d'importants indicateurs prévisionnels de cas autodéclarés de dépistage du VIH étaient les connaissances du patient à l'égard du VIH (rapport de cotes [RC] = 1,3) et les demandes de test de dépistage des patients (RC = 103,3) (16). Par conséquent, les auteurs suggèrent que « de simples incitations dans la salle d'attente (demander un test de dépistage du

VIH) et des campagnes de sensibilisation du public peuvent constituer des interventions plus efficaces pour accroître les taux de dépistage du VIH » (16). Le manque de connaissances peut également être un facteur en ce qui a trait à l'endroit où se rendre pour un dépistage, ce qui a été décrit comme un obstacle dans l'examen systématique mené par Deblonde *et al.* (3). De plus, le fait que le patient refuse de subir un test ou n'est pas à l'aise d'en discuter a été cité comme un obstacle dans une étude américaine (14).

On a repéré plusieurs obstacles aux tests de dépistage du VIH routiniers relativement aux connaissances et au degré d'aise des fournisseurs de soins de santé. Dans des études menées aux États-Unis, le manque de familiarité avec la réglementation locale sur les procédures de dépistage du VIH et les désaccords avec les recommandations nationales étaient considérés comme des obstacles au dépistage du VIH (15,17,18). L'anxiété relativement à la proposition du dépistage du VIH dans un milieu de soins primaires était un obstacle découlant d'un examen systématique (3). De même, lors d'entrevues avec des fournisseurs de soins de santé au Mississippi, au Rhode Island et au Massachusetts, la gêne d'amorcer des conversations sur le dépistage du VIH a été désignée comme un obstacle (13,19). D'autres études réalisées aux États-Unis et en Europe suggèrent que les craintes quant à la façon de composer avec des résultats positifs, de même que des sentiments de manque d'expérience ou de manque de formation relativement aux procédures et aux règlements, peuvent constituer un obstacle pour les fournisseurs de soins de santé (11,13,17,18,20,21).

Contrainte de temps pour les fournisseurs de soins de santé

Les fournisseurs de soins de santé ont souvent des contraintes de temps et doivent jongler avec des priorités concurrentes pendant les visites aux patients. La longueur des procédures relative au consentement (selon la réglementation locale) ainsi que des procédures de counseling prétest et post-test peut entraîner un manque de temps (9,12,15,17,18,20,22,24). Les fournisseurs de soins de santé peuvent considérer ce manque de temps comme un obstacle s'ils ne connaissent pas très bien la réglementation locale (p. ex. s'ils ne savent pas qu'un test ne requiert qu'un consentement verbal, ils peuvent avoir le sentiment que la procédure requise pour obtenir le consentement du patient est plus longue qu'elle ne l'est en réalité).

Peur, stigmatisation et discrimination

Quand les patients craignent que leurs résultats soient positifs, il se peut qu'ils soient moins enclins à demander un test de dépistage du VIH (3,5,25). Par conséquent, la peur du test lui-même ou de la possibilité que le résultat soit positif peut constituer un obstacle, en plus de la peur de faire l'objet d'une discrimination ou d'être stigmatisé. Les études récentes ont montré que la peur de la discrimination ou de la stigmatisation par la collectivité a émergé comme constituant un obstacle au test de dépistage du VIH et peut dissuader un patient de faire une demande de dépistage (25-27). Cela est en particulier vrai dans les petites localités, où le patient est susceptible de rencontrer des personnes qu'il connaît au cours de la procédure (23). La peur des répercussions sociales de la positivité du test est un obstacle très communément mentionné, à la fois par les patients et par les fournisseurs de soins de santé (4,7,9,11,22,26,28,29).

La peur de la divulgation des résultats et du manque de confidentialité est un autre obstacle au dépistage du VIH (3, 4, 27). Les jeunes ont peut-être d'autant plus de raisons de s'inquiéter que certains membres du personnel ne sont pas au courant des pratiques relatives à la confidentialité du test. Dans le cadre d'une étude sur les obstacles au dépistage du VIH chez les jeunes à New York, 131 représentants de sites offrant le dépistage ont été interrogés par la méthode du client mystère. En tout, 14 % ont donné de mauvais renseignements ou ne savaient pas répondre à la question quand on leur demandait si les parents pouvaient découvrir les résultats du test (30). Les craintes relatives au respect de l'anonymat sont aussi le reflet des peurs de la stigmatisation associée au test et de la possible discrimination de la part des membres de la famille ou des collectivités. Des fournisseurs de soins de santé interrogés dans le cadre d'une étude laissaient entendre que le fait d'assurer aux patients la confidentialité du test s'avérait être un élément facilitateur très important (13). Il est possible que les craintes des patients liées à la stigmatisation, aux conséquences d'un résultat positif et à la confidentialité soient aussi le résultat d'un manque de connaissances (p. ex. les patients ne savent pas toujours qu'il est tout à fait possible de vivre une longue vie

en bonne santé avec les traitements actuels du VIH, dans le cas d'un résultat positif). On voit ainsi qu'il existe un chevauchement des obstacles.

Accès aux tests

Il n'est peut-être pas aussi facile pour les gens qui vivent dans des zones rurales ou isolées d'accéder à divers tests de dépistage du VIH que pour les habitants de métropoles plus densément peuplées. Des fournisseurs de soins de santé du Mississippi suggèrent ainsi que le fait de devoir faire de nombreux kilomètres pour accéder à des services de dépistage est un obstacle pour les patients de leur territoire (11). Une autre étude américaine s'intéressant aux personnes ayant reçu un diagnostic tardif montre que les gens vivant dans une région rurale reçoivent plus souvent un diagnostic tardif que les gens en milieu urbain (31). Sur le même thème, une étude australienne a montré que la présence d'un cabinet dans une région métropolitaine est associée à plus de dépistage du VIH que la présence d'un cabinet dans une zone non métropolitaine (RC = 1,4) (32).

Dans une étude canadienne sur les obstacles que les femmes rencontrent à l'égard du dépistage du VIH, l'auteur souligne que le dépistage anonyme n'est peut-être pas disponible partout (26). Des adolescents ayant reçu un dépistage du VIH dans un service d'urgences ont été interrogés (n = 114). Quatre-vingt pourcent se sont dits plus susceptibles de demander un dépistage si une version rapide du test était disponible (33). Dans une étude, Hyden *et al.* ont interrogé 131 représentants de sites de test de dépistage du VIH à New York. Seulement 12 % des sites offraient des tests hors des heures normales de bureau, soit de 8 h 30 à 17 h du lundi au vendredi (30). En outre, 23 % de ces sites ne proposaient le dépistage qu'en semaine, entre 9 h et 15 h. Ainsi, les heures d'ouverture des sites de dépistage pourraient représenter un obstacle significatif pour les jeunes qui sont à l'école, de même que pour les personnes qui n'ont pas la possibilité de s'absenter du travail en semaine. Dans une enquête réalisée en Australie auprès d'hommes séronégatifs, 15,2 % des participants évoquaient la difficulté d'obtenir un rendez-vous comme une raison de reporter le dépistage (5). Les fournisseurs de soins de santé ont aussi remarqué que la langue peut être une barrière supplémentaire à l'accès au dépistage du VIH (12,18,34).

Contraintes en matière de ressources financières et humaines

Les fournisseurs de soins de santé mentionnent fréquemment le manque de ressources ou de rémunération comme obstacle personnel et institutionnel. Avoir les ressources financières et physiques, ainsi qu'avoir le personnel suffisant pour soutenir des initiatives de dépistage du VIH de routine dans un hôpital ou dans une clinique communautaire s'avère être un obstacle d'après des études américaines et européennes (3, 13, 14, 18, 20). Les fournisseurs de soins de santé ont aussi parlé du manque de rémunération pour le temps supplémentaire accordé au test de dépistage du VIH et aux procédures associées comme d'un obstacle (9,11, 22, 23). Puisqu'il n'y a pas d'étude canadienne récente dans le domaine, il est difficile de savoir si ces questions seraient considérées comme des obstacles au Canada.

Un résumé des études récentes sur les obstacles au test de dépistage du VIH est présenté à l'**Annexe 1**.

Facteurs favorables

Normalisation du dépistage du VIH

L'Agence, le CDC et le ECDC recommandent la normalisation du dépistage du VIH l'intégrant aux soins courants (1,22,35). Inclure le dépistage du VIH dans le cadre des soins courants aurait plusieurs avantages en ce sens qu'un dépistage normalisé ne réduit pas seulement la stigmatisation associée au VIH, mais rend également les gens plus réceptifs à l'idée du test de dépistage et à l'idée de se faire dépister (1,10,16,29,33). Plusieurs sources ont mis en évidence que les patients sont plus susceptibles de subir un test de dépistage si on le leur propose plutôt que s'ils doivent le demander eux-mêmes (16,29,33). D'après Haines *et al.*,67 % des adolescents interrogés déclarent qu'ils sont plus susceptibles de subir le test de dépistage si on le leur propose plutôt que s'ils doivent le demander eux-mêmes (33).

Un lien a été fait entre la normalisation du test de dépistage du VIH et la réduction de la stigmatisation chez les patients qui le passent. Dans une enquête sur les Écossais ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les hommes qui ont subi le test l'année précédente ont moins peur d'obtenir un résultat positif que

les autres. En outre, le nombre de tests réalisés dans cette tranche était proportionnellement supérieur à celui des hommes ayant subi le test plus d'un an auparavant ou à celui des hommes ne l'ayant jamais subi (36). Selon d'autres études, le dépistage du VIH ne devrait pas être considéré différemment des tests pour déterminer le niveau de glycémie ou de cholestérol ou la tension artérielle (17).

Test avec option de non-participation

Avec l'option de non-participation, le dépistage du VIH est offert et administré à moins d'être explicitement refusé par le patient. L'option de non-participation a été identifiée comme facteur potentiel favorable au dépistage du VIH. En effet, elle supprime l'exigence relative aux procédures de consentement plutôt longues qui constitue un obstacle pour les fournisseurs de soins de santé et les patients. Cette option règle le problème du manque de temps et répond aux inquiétudes liées à la rémunération pour le temps supplémentaire passé avec le patient. Bien que l'option de non-participation puisse être efficace pour augmenter le volume du dépistage du VIH (3), il est important que les patients aient la possibilité de consentir au test et d'en comprendre les répercussions. Certaines provinces et certains territoires du Canada ont déjà adopté une stratégie de non-participation pour le dépistage prénatal du VIH (26).

Connaissances approfondies et sensibilisation accrue

Il pourrait être utile d'augmenter la disponibilité du matériel d'application des connaissances pour le VIH afin d'augmenter la sensibilisation et de souligner les bénéfices du dépistage. Les patients sont plus enclins à subir le test de dépistage quand ils en connaissent les bénéfices et quand ils sont bien renseignés sur le virus (p. ex. efficacité des traitements antirétroviraux, méthodes de réduction des risques de transmission) (34). Les travaux de Adam *et al.* ont permis de découvrir qu'une plus grande connaissance du virus était associée à une meilleure routine de dépistage chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (37). Des études s'intéressant aux facteurs de prédiction du dépistage du VIH laissent entendre que les gens sont plus susceptibles de demander un dépistage s'ils y voient des conséquences positives (p. ex. protection de la famille, tranquillité d'esprit) que s'ils y voient des conséquences négatives (p. ex. stigmatisation) (29,37). D'après des études examinant les facteurs favorables et les facteurs associés au dépistage récent du VIH, l'amélioration des connaissances des patients et des fournisseurs de soins de santé grâce à la documentation et à la formation sur le VIH pourrait être un facteur favorable (13,17,23). Les fournisseurs de soins de santé trouvent que l'intérêt des patients et leur disposition à subir le test, ainsi que leur connaissance de la réglementation locale en matière de consentement et de counseling sont des facteurs facilitant le dépistage (13,23).

Sans surprise, les fournisseurs de soins de santé perçoivent l'amélioration de leur formation sur le VIH, l'enrichissement de leur communication, l'augmentation de la disponibilité de la documentation pour eux-mêmes et les patients et les initiatives pédagogiques à l'intention de ces derniers comme de possibles facteurs favorisant le dépistage (13,17,23). Le Guide recommande de rationaliser l'offre de renseignements avant le test par des ressources imprimées et vidéo, ainsi que sur mobile et en ligne (1).

Un résumé des études récentes sur les facteurs favorables au test de dépistage du VIH est présenté à l'**Annexe 2**.

Discussion

Notre aperçu de la littérature récente confirme l'importance des obstacles relevés dans le Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH : risque pas bien évalué, gêne et manque de connaissances, contrainte de temps pour les fournisseurs de soins de santé, peur, stigmatisation et discrimination. La peur de la divulgation ou du manque de confidentialité, la difficulté d'accès, le manque de rémunération pour les fournisseurs et le manque de ressources humaines pour mener les initiatives de dépistage sont d'autres obstacles repérés dans cet examen.

Pour ce qui est des facteurs favorables, le Guide recommande la normalisation du dépistage et du test du VIH et mentionne le renforcement de la sensibilisation (p. ex. en soulignant le fait que l'infection par le VIH est un état chronique maîtrisable), mais parle peu du test avec option de non-participation comme d'un potentiel facteur favorable (1). Cet examen a établi que le test avec option de non-participation est un

facteur favorable en ce qu'il aplanit certains obstacles importants. Bien que cette approche soit utilisée dans certaines régions au Canada dans le cadre d'un dépistage prénatal, il n'est pas certain que l'option de non-participation pour la population générale entraîne une amélioration significative de l'identification des personnes séropositives.

L'une des forces de l'aperçu actuel est qu'il fait le point sur ce que l'on a appris sur les obstacles et les facteurs favorables au dépistage et au test du VIH depuis la création du Guide en 2012. Toutefois, cet aperçu présente un inconvénient : il ne fait référence qu'à des pays à revenu élevé, ce qui peut limiter la généralisabilité mondiale des résultats. Les résultats restent pertinents pour le Canada. Par ailleurs, le risque de biais n'a pas été évalué systématiquement dans les études utilisées, mais cet aperçu vise à faire le point sur les données recueillies, non pas à évaluer la qualité de ces données.

Cette étude a repéré un certain nombre de domaines sur lesquels se pencher par la suite. Pour commencer, ces résultats pourraient servir à éclairer les prochaines parutions du Guide et pourraient servir à d'autres organismes dans l'élaboration de leur programmation. Par la suite, il est important de repérer les principaux obstacles au dépistage et de les connaître, et d'autres recherches pourraient être réalisées dans le but d'examiner et d'évaluer les interventions visant à supprimer ces obstacles (p. ex. campagnes, produits d'application des connaissances, etc.). Par ailleurs, des stratégies de dépistage du VIH comme le dépistage en couple ou l'autoadministration de tests de dépistage n'ont pas été identifiées comme facteurs favorables dans le présent examen. À l'avenir, il serait intéressant d'évaluer les mérites de ces stratégies. Pour finir, il faut souligner que les études canadiennes étaient globalement peu nombreuses, c'est pourquoi il serait utile de mener une étude pour confirmer la pertinence des obstacles et des facteurs favorables dans le contexte canadien.

Conclusion

Il est essentiel de comprendre les obstacles et les facteurs favorables au dépistage du VIH pour que les gens soient plus nombreux à se faire tester. En effet, ils peuvent renforcer l'efficacité des stratégies et faire diminuer le nombre des personnes infectées ignorant leur état sérologique (21 %) (2). Des interventions ciblées pourraient être mises en place afin de réduire les obstacles au dépistage et de tirer parti des facteurs favorables.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Jun Wu et Simon Foley de l'Agence de la santé publique du Canada pour leur aide dans l'élaboration de cet article.

Conflit d'intérêts

Aucun

Financement

Les auteurs n'ont aucune source de financement extérieure à déclarer.

Références

(1) Public Health Agency of Canada (PHAC). Human Immunodeficiency Virus—HIV Screening and Testing Guide. Ottawa, ON: PHAC; 2012. (Disponible en français : http://www.catie.ca/sites/default/files/FR_Guide-pour-le-depistage-et-le-diagnostic-de-linfection-par-le-VIH-2013.pdf)

(2) Public Health Agency of Canada (PHAC). Summary: Estimates of HIV Prevalence and Incidence in Canada, 2011. Ottawa, ON: PHAC; 2012. (Disponible en français : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php)

(3) Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. Eur J Pub Health. 2010;20(4):422–32.

(4) Deblonde J, Hamers FF, Callens S, Lucas R, Barros H, Ruutel K, *et al.* HIV testing practices as reported by HIV-infected patients in four European countries. AIDS Care. 2014 Apr;26(4):487–96.

(5) Prestage G, Brown G, Keen P. Barriers to HIV testing among Australian gay men. Sex Health. 2012 Nov;9(5):453–8.

(6) Schwartz SL, Block RG, Schafer SD. Oregon patients with HIV infection who experience delayed diagnosis. AIDS Care. 2014;26(9):1171–7.

(7) Schwarcz S, Richards TA, Frank H, Wenzel C, Hsu LC, Chin CS, *et al.* Identifying barriers to HIV testing: Personal and contextual factors associated with late HIV testing. AIDS Care. 2011 Jul;23(7):892–900.

(8) Mills CW, Sabharwal CJ, Udeagu C, Bocour A, Bodach S, Shepard C, *et al.* Barriers to HIV testing among HIV/AIDS concurrently diagnosed persons in New York City. Sex Transm Dis. 2011 Aug;38(8):715–21.

(9) White BL, Walsh J, Rayasam S, Pathman DE, Adimora AA, Golin CE. What makes me screen for HIV? Perceived barriers and facilitators to conducting recommended routine HIV testing among primary care physicians in the southeastern United States. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2015 Mar–Apr;14(2):127–35.

(10) Brennan MB, Kolehmainen C, Barocas J, Isaac C, Crnich CJ, Sosman JM. Barriers and facilitators of universal HIV screening among internal medicine residents. WMJ 2013 Oct;112(5):199–205.

(11) Sison N, Yolken A, Poceta J, Mena L, Chan PA, Barnes A, *et al.* Healthcare provider attitudes, practices, and recommendations for enhancing routine HIV testing and linkage to care in the Mississippi Delta region. AIDS Patient Care STDS. 2013 Sep;27(9):511–7.

(12) Shirreffs A, Lee DP, Henry J, Golden MR, Stekler JD. Understanding barriers to routine HIV screening: Knowledge, attitudes, and practices of healthcare providers in King County, Washington. PLoS ONE 2012 Sep 6;7(9):e44417.

(13) Simmons EM, Brown MJ, Sly K, Ma M, Sutton M, McLellan-Lemal E. Barriers and facilitators to HIV testing in primary care among health care providers. J Natl Med Assoc. 2011 May;103(5):432–8.

(14) Hallmark CJ, Skillicorn J, Giordano TP, Davila JA, McNeese M, Rocha N, *et al.* HIV testing implementation in two urban cities: Practice, policy, and perceived barriers. PLoS ONE. 2014 Oct 13;9(10):e110010.

(15) Berkenblit GV, Sosman JM, Bass M, Gebrekristos HT, Cofrancesco J Jr, Sullivan LE, *et al.* Factors affecting clinician educator encouragement of routine HIV testing among trainees. J Gen Intern Med. 2012 Jul;27(7):839–44.

(16) Stefan MS, Blackwell JM, Crawford KM, Martinez J, Wu Sung S, Holliday SA, *et al.* Patients' attitudes toward and factors predictive of human immunodeficiency virus testing of academic medical clinics. Am J Med Sci. 2010 Oct;340(4):264–7.

(17) Hudson AL, Heilemann MSV, Rodriguez M. Missed opportunities for universal HIV screening in primary care clinics. J Clin Med Res. 2012 Aug;4(4):242–50.

(18) Bogart LM, Howerton D, Lange J, Setodji CM, Becker K, Klein DJ, *et* Provider-related barriers to rapid HIV testing in U.S. urban non-profit community clinics, community-based organizations (CBOs) and hospitals. AIDS Behav. 2010 Jun;14(3):697–707.

(19) Johnson CV, Mimiaga MJ, Reisner SL, VanDerwarker R, Mayer KH. Barriers and facilitators to routine HIV testing: Peceptions from Massachusetts Community Health Center personnel. AIDS Patient Care STDS 2011 Nov;25(11):647–55.

(20) Mimiaga MJ, Johnson CV, Reisner SL, VanDerwarker R, Mayer KH. Barriers to routine HIV testing among Massachusetts Community Health Center personnel. Public Health Rep. 2011 Sep–Oct;126(5):643–52.

(21) Myers JJ, Koester KA, Dufour MS. Barriers and facilitators to enhancing HIV testing in publicly funded primary care clinics: Findings from San Francisco. AIDS Educ Prev. 2011 Jun;23(3 Suppl):84–95.

(22) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV Testing Trends in the United States, 2000–2011. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2013 Jan.

(23) Korthius TP, Berkenblit GV, Sullivan LE, Cofrancesco J, Cook RL, Bass M, *et al.* General internists' beliefs, behaviors, and perceived barriers to routine HIV screening in primary care. AIDS Educ Prev. 2011 Jun;23(3 Suppl):70–83.

(24) Arbelaez C, Wright EA, Losina E, Millen JC, Kimmel S, Dooley M, *et al.* Emergency provider attitudes and barriers to universal HIV testing in the emergency department. J Emerg Med. 2012 Jan;42(1):7–14.

(25) Lorenc T, Marrero-Guillamón I, Llewellyn A, Aggleton P, Cooper C, Lehmann A, *et al.* HIV testing among men who have sex with men (MSM): Systematic review of qualitative evidence. Health Educ Res. 2011 Oct;26(5):834–46.

(26) Wertheimer S, Canadian AIDS Society. Women and HIV Testing in Canada: Barriers and Recommendations as Identified by Service Providers: A Summary of Key Research Findings. Ottawa, ON: Canadian AIDS Society; 2011.(Disponible en français : http://www.cdnaids.ca/home.nsf/pages/les-femmes-et-le-depistage-du-vih-au-canada)

(27) Iqbal S,De Souza LR, Yudin MH. Acceptability, predictors and attitudes of Canadian women in labour toward point-of-care HIV testing at a single labour and delivery unit. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2014 Jul;25(4):201–6.

(28) DeMarco RF, Gallagher D, Bradley-Springer L, Jones SG, Visk J. Recommendations and reality: Perceived patient, provider, and policy barriers to implementing routine HIV screening and proposed solutions. Nurs Outlook. 2012 Mar–Apr;60(2):72–80.

(29) Glasman LR, Weinhardt LS, Difranceisco W, Hackl KL. Intentions to seek and accept an HIV test among men of Mexican descent in the midwestern USA. AIDS Care. 2010 Jun;22(6):718–28.

(30) Hyden C, Allegrante JP, Cohall AT. HIV testing sites' communication about adolescent confidentiality: Potential barriers and facilitators to testing. Health Promot Pract. 2014 Mar;15(2):173–80.
(31) Trepka MJ, Fennie KP, Sheehan DM, Lutfi K, Maddox L, Lieb S. Late HIV diagnosis: Differences by rural/urban residence, Florida, 2007–2011. AIDS Patient Care STDS. 2014 Apr;28(4):188–97.
(32) Sawleshwarkar S, Harrison C, Britt H, Mindel A. Determinants of HIV testing. Sex Transm Infect. 2011 Aug;87(5):426–32.
(33) Haines CJ, Uwazuoke K, Zussman B, Parrino T, Laguerre R, Foster J. Pediatric emergency department-based rapid HIV testing: Adolescent attitudes and preferences. Pediatr Emerg Care. 2011 Jan;27(1):13–6.
(34) Yazdanpanah Y, Lange J, Gerstoft J, Cairns G. Earlier testing for HIV—How do we prevent late presentation? Antivir Ther. 2010;15(Supp 1):17–24.
(35) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. In brief. Stockholm: ECDC; 2010.
(36) Knussen C, Flowers P, McDaid LM. Factors associated with recency of HIV testing amongst men residing in Scotland who have sex with men. AIDS Care. 2014;26(3):297–303.
(37) Adam PC, de Wit JB, Bourne CP, Knox D, Purchas J. Promoting regular testing: An examination of HIV and STI testing routines and associated socio-demographic, behavioral and social-cognitive factors among men who have sex with men in New South Wales, Australia. AIDS Behav. 2014 May;18(5):921–32.

Annexe 1 : Résumé des études sur les obstacles au dépistage du VIH

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/ obstacles repérés
Lorenc *et al.* (2011) (25)	Angleterre	Données qualitatives liées à la perception et à l'attitude des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes à l'égard du dépistage du VIH	Examen systématique	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	Obstacles : • Peur des conséquences de résultats positifs • Impression de stigmatisation de la part des autres hommes gais ou d'une population plus large
Deblonde *et al.* (2010) (3)	Onze pays d'Europe, le Moyen Orient et la Russie	Obstacles au dépistage du VIH	Examen systématique	Divers	Pour les patients : • Peur (résultats positifs, incapacité à faire face aux résultats, stigmatisation) • Impression de certains patients que le risque est faible • Craintes au sujet de la confidentialité • Ignorance quant aux sites où subir le test de dépistage Pour les fournisseurs de soins de santé : • Malaise à l'idée de proposer un test de dépistage du VIH • Manque de formation • Réticence à l'idée de proposer le dépistage • Manque de ressources • Manque de politiques universelles
Centers for Disease Control and Prevention (2013) (22)	États-Unis	Examen des tendances en matière de dépistage parmi différents groupes – discussion sur les obstacles dans la section des commentaires	Examen	Divers	Pour les patients : • Peur/inquiétudes au sujet de la stigmatisation et de la discrimination d'après les résultats du test • Coûts des tests de dépistage Pour les fournisseurs de soins de santé : • Perception que le dépistage en fonction des facteurs de risque est plus efficace que le dépistage de routine • Inquiétude au sujet du remboursement du dépistage • Longue procédure liée au consentement éclairé et au counseling prétest • Pas de certification pour offrir du counseling sur le VIH • Dépistage du VIH pas offert dans l'établissement du fournisseur de soins de santé
DeMarco *et al.* (2012) (28)	États-Unis	Obstacles au respect des recommandations du Centers for Disease Control and Prevention sur le dépistage du VIH de routine	Examen	Divers	Pour les patients : • Craintes de la stigmatisation, d'être discriminé ou jugé pour avoir subi le test • Manque de risque perçu • Difficulté d'accès • Inquiétudes à l'égard de la confidentialité/anonymat Pour les fournisseurs de soins de santé : • Manque de temps pour mettre en œuvre les procédures de dépistage de routine • Impression que le risque est limité dans la collectivité • Incertitudes au sujet de sa capacité à conseiller convenablement les patients

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/obstacles repérés
Wertheimer (2011) (26)	Canada	Obstacles auxquels les femmes font face pour ce qui est du dépistage du VIH	Examen	Femmes	Pour les patientes : • Peur d'être jugées par la collectivité ou les fournisseurs de soins de santé • Peur du manque de confidentialité ou de rencontrer des gens qu'elles connaissent au cabinet • Accès (p. ex. le test n'est pas anonyme dans toutes les provinces) Pour les fournisseurs de soins de santé : • Supposition que la patiente présente un risque faible
Yazdanpanah *et al.* (2010) (34)	24 pays d'Europe et la Russie	Obstacles au dépistage précoce : Raisons pour lesquelles les patients se présentent tard Façon de surmonter les obstacles	Examen	Plusieurs études sur différentes populations	Pour les patients : • Déni du facteur de risque • Manque de connaissances au sujet des options de traitement pour les personnes séropositives • Peur des conséquences d'un test positif (principalement des inquiétudes liées à la discrimination et à l'exclusion) Pour les fournisseurs de soins de santé : • Exigences liées à la procédure relative au consentement et au counseling prétest • Priorités en concurrence • Barrière de la langue
Deblonde *et al.* (2014) (4)	Belgique, Estonie, Finlande, Portugal	Raisons d'avoir subi le test ou raisons de ne pas avoir subi de test de dépistage du VIH auparavant	Sondage	Patients ayant été diagnostiqués séropositifs récemment (72 % d'hommes)	Raisons de ne pas avoir subi le test de dépistage : • Impression que le risque était faible citée le plus souvent (73 % des participants) • Le patient ne se sentait pas malade • Peur de l'infection au VIH • Peur de la stigmatisation et de la discrimination • Peur du non-respect de la confidentialité • Obstacles pratiques et financiers
Hallmark *et al.* (2014) (14)	États-Unis	Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure pensez-vous que certains facteurs constituent un obstacle?	Sondage	Coordonnateurs du dépistage du VIH, directeurs de programmes, infirmières gestionnaires, directeurs de laboratoires dans divers environnements	Taux le plus haut/sélection la plus fréquente : • Manque de financement pour le dépistage • Gêne/refus du patient • Le VIH n'est pas un problème pour la population de clients • Temps du personnel limité pour offrir le dépistage • Volume de personnel limité pour offrir le dépistage
Iqbal, DeSouza et Yudin (2014) (27)	Canada	Consentement au dépistage (oui/non) et attitude à l'égard du dépistage pendant l'accouchement Différences entre celles qui acceptent et celles qui refusent	Sondage	Femmes enceintes séronégatives en travail qui se présentent à l'hôpital	Raisons principales de refus : • Je ne veux pas savoir • Contractions trop douloureuses • Peur de la douleur due au test • Peur du non-respect de la confidentialité • Peur de la réaction de la collectivité ou de la famille du conjoint

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/obstacles repérés
Prestage, Brown et Keen (2012) (5)	Australie	Raison du report ou de refus du test de dépistage du VIH	Sondage	Hommes séronégatifs	Obstacles communément sélectionnés • Je n'ai rien fait de risqué (41,2 %) • Il me faudrait revenir pour chercher les résultats (40,3 %) • Je n'ai pas le temps (25,4 %) • Je n'ai pas changé de partenaire (19,8 %) • Je n'ai pas eu de maladie ou de symptômes qui me donnent des raisons de m'inquiéter (19,5 %) • Il est difficile d'obtenir un rendez-vous (15,2 %) • J'ai peur qu'on puisse me dire que j'ai contracté le VIH (14,1 %)
Arbelaez *et al.* (2012) (24)	États-Unis	Obstacles à la mise en œuvre de test de dépistage du VIH dans les services d'urgences	Sondage	Fournisseurs de soins de santé dans les services d'urgences	Obstacles les plus couramment cités : • Manque de temps (61 %) • Manque de ressources (60 %) • Inquiétudes quant au suivi (59 %)
Shirreffs *et al.* (2012) (12)	États-Unis	Est d'accord/en désaccord avec les obstacles couramment mentionnés	Sondage	Fournisseurs de soins de santé	• Patients à faible risque (57 %) • Temps supplémentaire accordé en counseling (31 %) • Procédure relative au consentement (22 %) • Questions juridiques (20 %) • Barrière de la langue (19 %) • Autres inquiétudes liées aux contraintes de temps (17 %) • Inquiétudes liées au remboursement (13 %)
Berkenblit *et al.* (2012) (15)	États-Unis	Les stagiaires sont-ils encouragés à réaliser un test de dépistage du VIH de routine (oui/non)? Si tel n'est pas le cas, pourquoi (choix parmi plusieurs propositions)?	Sondage	Éducateurs cliniques de la Society of General Internal Medicine	Raisons de ne pas encourager le test de dépistage de routine : • Impression que la prévalence est faible dans la région • Sujets d'enseignement plus importants • Environnement trop occupé en clinique • Connaissances insuffisantes en matière de recommandations • Désaccord avec les recommandations
Korthius *et al.* (2011) (23)	États-Unis	Est d'accord/en désaccord avec les obstacles couramment mentionnés	Sondage	Spécialistes de médecine interne	• Priorités concurrentes pendant les visites (79 %) • Temps (64 %) • Réticence des patients (64 %) • Exigences en matière de consentement (49 %)
Mimiaga *et al.* (2011) (20)	États-Unis	Obstacles à la mise en place d'un dépistage du VIH au site	Sondage	Administrateurs principaux, directeurs médicaux et fournisseurs de soins de santé de centres communautaires	• Contrainte de temps pour les fournisseurs de soins (68 %) • Temps nécessaire au counseling (65 %) • Temps nécessaire pour dispenser les renseignements nécessaires à un consentement éclairé (52 %) • Manque de financement pour soutenir la mise en œuvre (35 %) • Besoin de formation supplémentaire (34 %) • Disponibilité du personnel (33 %) • Politiques et règlements liés au consentement éclairé (27 %) • Informer les fournisseurs de soins de santé au sujet des exigences légales et règlementaires (25 %)

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/ obstacles repérés
Glasman *et al.* (2010) (29)	États-Unis	Facteurs qui influencent les gens à demander/accepter un test de dépistage du VIH	Sondage	Hommes hétérosexuels d'origine mexicaine	Moins susceptibles de demander un test si : • Ils s'attendent à des conséquences négatives : p. ex. stigmatisation, fatalisme (RC = 0,40)
Bogart *et al.* (2010) (18)	États-Unis	Obstacles à l'administration d'un test de dépistage rapide du VIH	Sondage	Personnel de laboratoire et des services d'hôpitaux Personnel de cliniques et d'organisations communautaires	Pour les laboratoires : • Difficulté à apprendre les procédures et la règlementation fédérale et des États • Manque de formation du personnel • Manque de personnel • Possibilité de faux résultats positifs Pour les services hospitaliers : • Trop de lois et règlements fédéraux et des États • Difficulté à intégrer le counseling aux autres services • Difficulté à s'occuper du counseling dans une session • Manque de personnel • Difficulté à expliquer le test de dépistage rapide aux patients dont les capacités linguistiques sont faibles Cliniques et organisations communautaires : • Manque de ressources/d'espace pour mettre en œuvre un programme de dépistage rapide • Manque de personnel • Règlementation difficile à comprendre • Personnel incertain d'où diriger les patients pour recevoir des soins si les résultats sont positifs
White *et al.* (2014) (9)	États-Unis	Perception des obstacles et des facteurs favorables à la mise en œuvre d'un dépistage du VIH de routine d'après les médecins de premier recours	Entrevue	Médecin de premier recours	Pour les patients : • Impression que le risque d'infection par le VIH est faible • Crainte de la stigmatisation • Refus du test de dépistage du VIH Pour les fournisseurs de soins de santé : • Stigmatisation liée au VIH/sida • Communautés conservatrices du point de vue social • Manque de confidentialité • Emplacement rural • Contrainte de temps et priorités cliniques concurrentes • Pas de remboursement universel
Schwartz, Block et Schafer (2014) (6)	États-Unis	Facteurs menant ou associés à un diagnostic tardif	Entrevue	Patients ayant reçu un diagnostic tardif du VIH (par définition, personnes ayant développé le sida dans les 12 mois après avoir été diagnostiquées séropositive)	Thèmes récurrents lors des entrevues : • Impression que le risque d'infection par le VIH est fiable • Occasion ratée de subir le test alors que le patient recevait des soins pour une maladie • Le médecin ne propose pas le dépistage, car le patient ne correspond pas aux catégories à risque traditionnelles ou parce qu'il n'a pas révélé ses facteurs de risque • Dépistage recommandé, mais pas réalisé soit pour des raisons financières (p. ex. pas d'assurance), soit à cause de la peur des résultats

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/ obstacles repérés
Brennan *et al.* (2013) (10)	États-Unis	Obstacles et facteurs favorables à l'adoption d'un dépistage du VIH universel dans un contexte de faible prévalence	Entrevue	Résidents de médecine interne	Les médecins trouvent qu'il est difficile de discuter du dépistage du VIH à cause de : • la stigmatisation entourant le VIH • la perception que les patients sont à faible risque
Sison *et al.* (2013) (11)	États-Unis	Attitude et pratiques des médecins à l'égard du dépistage du VIH et lien avec les soins	Entrevue	Médecins de premier recours et spécialistes des maladies infectieuses	Pour les patients : • Crainte de la stigmatisation • Manque de fournisseurs de soins pour le VIH • Long déplacement pour recevoir des services de soins/traitement Pour les fournisseurs de soins de santé : • Pas de remboursement • Manque de connaissances au sujet de lois de l'État sur le consentement • Patients qui perçoivent leur risque d'infection par le VIH comme étant faible • Dépistage de routine pas offert par la plupart des fournisseurs de soins
Hyden, Allegrante et Cohall (2013) (30)	États-Unis	Obstacles rencontrés par les adolescents quand ils demandent un dépistage du VIH	Entrevue	Représentants des sites de dépistage du VIH	• 12 % des agences interrogées offrent un dépistage hors des heures normales de bureau, soit de 8 h 30 à 17 h du lundi au vendredi • 23 % offrent un dépistage uniquement entre 9 h et 15 h en semaine, soit quand la plupart des adolescents sont à l'école • 17 % des personnes n'avaient pas la bonne information, étaient incertaines ou ne savaient pas si la permission des parents était nécessaire pour qu'un jeune de 15 ans subisse un test de dépistage • 14 % ont répondu de manière incorrecte ou ne savaient pas répondre quand on leur demandait si les parents d'un adolescent pouvaient découvrir les résultats des tests d'un adolescent
Hudson, Heilemann et Rodriguez (2012) (17)	États-Unis	Perspectives et expériences des fournisseurs de soins primaires à l'égard des obstacles et des facteurs favorables à l'offre d'un counseling et d'un test volontaire du VIH à tous les patients âgés de 13 à 64 ans dans le cadre d'un dépistage annuel	Entrevue	Fournisseurs de soins primaires (c.-à-d. médecine familiale, médecine interne et pédiatrique)	• Sentiment que les patients perdront la confiance acquise, se sentiront stigmatisés et obligés de subir le test • Contrainte de temps liée à l'obtention du consentement et aux procédures de counseling • Peur au sujet de la capacité à faire face en cas de résultats positifs • Suppositions concernant la nécessité du dépistage liées à l'âge du patient et à son état matrimonial
Mills *et al.* (2011) (8)	États-Unis	Obstacles au dépistage initial des personnes séropositives	Entrevue	Personne séropositive	Obstacles communément sélectionnés : • Mesure insuffisante du risque (69 %) • Comportement qui les protégeait de la contraction du VIH (52 %) • Jamais le test ne leur a été proposé (42 %) • Peur que les résultats soient positifs (23 %) • Inquiétudes au sujet de la confidentialité (17 %) • Peur de perdre des amis ou des membres de leur famille si quelqu'un venait à découvrir qu'ils sont séropositifs (12 %)

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/obstacles repérés
Johnson *et al.* (2011) (19)	États-Unis	Obstacles au dépistage selon les fournisseurs de soins de santé	Entrevue	Personnel de direction de centres de santé communautaires	• Manque de temps • Manque de ressources (financières et humaines) • Gène à l'égard du sujet (poser des questions d'ordre sexuel, susciter de la peur chez le patient)
Schwarcz *et al.* (2011) (7)	États-Unis	Facteurs qui mènent à un dépistage/diagnostic tardif du VIH	Entrevue	Personnes ayant développé le sida dans les 12 mois après avoir été diagnostiquées séropositives (hommes à 88,4 %)	• Peur (p. ex. résultats positifs, répercussions sociales, manque de soutien) (68 %) • Mesure insuffisante du risque (34 %) • Aucune assurance médicale
Simmons *et al.* (2011) (13)	États-Unis	Obstacles et facteurs favorables au test de dépistage du VIH de routine	Entrevue	Fournisseurs de soins de santé	• Gène à l'idée d'engager la conversation avec les patients au sujet du VIH • Absence de documentation destinée aux patients • Supposition incorrecte en ce qui a trait aux risques du patient • Manque de formation sur le VIH • Rythme soutenu des visites en cabinet de soins primaires • Fardeau financier lié à l'augmentation du volume de dépistage du VIH • Peur des patients liée aux résultats • Inquiétudes à l'égard de la confidentialité • Disponibilité des traitements insuffisante pour les cas positifs
Myers, Koester et Dufour (2011) (21)	États-Unis	Obstacles à la mise en œuvre et l'expansion du dépistage du VIH Stratégies pour surmonter ces obstacles	Entrevue	Administrateurs du financement et de la gestion de programmes, directeurs médicaux/ médecins dispensant des soins dans des cliniques	Pour les fournisseurs de soins de santé : • Manque d'expérience du fournisseur de soins • Impression que le patient est réticent à subir un test • Temps nécessaire pour obtenir le consentement du patient et lui offrir du counseling • Priorités concurrentes pendant les visites • Manque de conviction quant à l'utilité du dépistage de tous les patients
Trepka *et al.* (2014) (31)	États-Unis	Facteurs associés au diagnostic tardif chez les patients vivants en milieu rural et en milieu urbain	Examen de dossiers médicaux	Les personnes qui reçoivent un diagnostic tardif (ayant développé le sida dans les trois mois après le diagnostic)	• Le fait de vivre dans un milieu rural est plus souvent associé à un diagnostic tardif, après le contrôle pour l'âge, le sexe, la race/ethnicité, le mode de transmission du VIH, le pays de naissance et l'année du diagnostic (RC = 1,39)

Annexe 2 : Résumé des études sur les facteurs favorables au dépistage du VIH

Auteur (année)	Pays	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/ facteurs favorables repérés
Lorenc *et al.* (2011) (25)	Angleterre	Données qualitatives liées à la perception et à l'attitude des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes à l'égard du dépistage du VIH	Examen systématique	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	Voici certains motifs de dépistage : • Incertitude causée par l'ignorance de l'état sérologique • Responsabilité à l'égard de soi-même et de son partenaire
Yazdanpanah *et al.* (2010) (34)	24 pays d'Europe et la Russie	Obstacles au dépistage précoce : Raisons pour lesquelles les patients demandent un dépistage tardif. Façon de surmonter les obstacles	Examen	Plusieurs études sur différentes populations	Pour les patients : • Perception du risque • Perception des avantages du dépistage
Adam *et al.* (2014) (37)	Australie	Facteurs sociocognitifs associés à un dépistage du VIH de routine plus efficace	Sondage	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes séronégatifs	Corrélations avec le dépistage du VIH dans une analyse multivariée • Âge • Connaissances en matière de VIH • Perception des « avantages » du dépistage • Attitudes à l'égard du dépistage du VIH
Knussen, Flowers et McDaid (2014) (36)	Écosse	Facteurs divergeant entre les personnes qui ont subi le test de dépistage du VIH au cours de l'année, celles qui l'ont subi il y a plus d'un an et celles qui ne l'ont jamais subi	Sondage	Échantillon de commodité d'Écossais ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	Personnes qui disent avoir subi le test au cours de l'année : • Moins peur d'avoir des résultats positifs • Plus grande norme de dépistage Plus susceptibles d'avoir eu : • des relations sexuelles anales avec au moins un partenaire pendant l'année (utilisation de condom) • entre deux et dix partenaires sexuels (par opposition à un ou aucun)
Deblonde *et al.* (2014) (4)	Belgique, Estonie, Finlande, Portugal	Raisons de subir un test, ou raisons de ne pas avoir subi de test de dépistage du VIH avant d'avoir été diagnostiqué	Sondage	Patients ayant récemment été diagnostiqués séropositifs	Raison d'avoir fait la demande de dépistage : • Inquiétude relative à l'exposition aux risques • Vérification de son état sérologique • Le patient se sentait malade
Sawleshwarkar *et al.* (2011) (32)	Australie	Facteurs associés au dépistage du VIH selon les omnipraticiens	Sondage	Omnipraticiens	Voici certains facteurs de prédiction de dépistage du VIH : • Gestion d'un « facteur de risque » (RC = 19,4) • Test réalisé dans le cadre d'un dépistage (RC = 10,6) • Âge des omnipraticiens (les moins de 35 ans sont plus susceptibles de demander le test de dépistage que les 55 ans et plus, RC = 1,74) • Cabinet dans une zone métropolitaine (RC = 1,4) • Âge du patient (homme > femme, RC = 3,0) • Nouveau patient du cabinet (RC = 2,1) • Personnes indigènes (RC = 1,7)

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/obstacles repérés
Korthius *et al.* (2011) (23)	États-Unis	Est d'accord/en désaccord avec les obstacles couramment mentionnés	Sondage	Spécialistes de médecine interne	Facteurs favorables communément sélectionnés : • Augmentation des coûts associés au counseling sur le VIH (56 %) • Avoir à disposition de la documentation à donner aux patients (53 %) • Plus de renseignements sur les exigences en matière de consentement
Haines *et al.* (2011) (33)	États-Unis	Attitudes et préférence des adolescents en matière de dépistage du VIH en services d'urgences, plans futurs quant au dépistage, counseling	Sondage	Échantillon de commodité d'adolescents (âgés de 14 à 21 ans) subissant un test de dépistage rapide du VIH avec option de participation en services d'urgences	• 80 % des répondants sont plus susceptibles de subir un test si une version rapide est disponible • 67 % sont plus susceptibles de subir le test si on le leur propose, plutôt que s'ils ont à le demander • 40 % sont tout à fait d'accord quant à la préférence d'avoir un conseiller du même sexe qu'eux
Glasman *et al.* (2010) (29)	États-Unis	Facteurs qui influencent les gens à demander/accepter un test de dépistage du VIH gratuit	Sondage	Hommes hétérosexuels d'origine mexicaine	Plus susceptibles de demander/d'accepter un test si : • Ils associent le dépistage à des conséquences positives (p. ex, montrer l'exemple, protéger sa famille, tranquillité d'esprit) (RC = 4,77 pour demander le test, RC = 7,6 pour accepter le test) • Ils ont reçu des conseils en matière de prévention du VIH de la part de leur partenaire (RC = 2,96 pour demander le test)
Stefan *et al.* (2010) (16)	États-Unis	Corrélations des déclarations spontanées d'antécédents de dépistage du VIH	Sondage	Patients adultes dans des cliniques universitaires de médecine interne	Corrélations à une variable du dépistage du VIH : • Recommandation du fournisseur de soins • Demande du patient • Connaissances sur le VIH • Patient à l'aise avec son médecin • Patient afro-américain • Consommation de drogues de la rue • Assentiment à l'égard des recommandations du Centers for Disease Control and Prevention Facteurs de prédiction du dépistage du VIH, modèle de régression à plusieurs variables : • Patient demandant un dépistage (RC = 103,3) • Connaissances du patient sur le VIH (RC = 1,3)
Brennan *et al.* (2013) (10)	États-Unis	Obstacles et facteurs favorables à l'adoption d'un dépistage du VIH universel dans un contexte de faible prévalence	Entrevue	Résidents de médecine interne	La majorité des patients étaient particulièrement réceptifs au dépistage de VIH quand il était normalisé et qu'on faisant référence à une autorité compétente (p. ex. Centers for Disease Control and Prevention)
Sison *et al.* (2013) (11)	États-Unis	Attitude et pratiques des médecins à l'égard du dépistage du VIH et lien avec les soins	Entrevue	Médecins de premier recours et spécialistes des maladies infectieuses	Pour les fournisseurs de soins de santé : • Presque tous les fournisseurs ont expliqué être prêts à offrir un dépistage de routine s'ils pouvaient facturer le service

Auteur (année)	Pays/ région	Question(s)/ objectif de l'étude	Méthodologie	Population	Principales conclusions/obstacles repérés
Hudson, Heilemann et Rodriguez (2012) (17)	États-Unis	Perspectives et expériences des fournisseurs de soins primaires à l'égard des obstacles et des facteurs favorables à l'offre d'un counseling et d'un test volontaire du VIH à tous les patients âgés de 13 à 64 ans dans le cadre d'un dépistage annuel?	Entrevue	Fournisseurs de soins primaires (c.-à-d. médecine familiale, médecine interne et pédiatrique)	• Normalisation du dépistage du VIH (lequel ne devrait pas être considéré différemment des tests pour déterminer le taux de glycémie ou de cholestérol ou la tension artérielle) • Ressources et formation destinées à améliorer les connaissances et la familiarité des fournisseurs avec les lignes directrices actuelles • Information des patients sur le dépistage du VIH • Communication et style personnel (p. ex. prendre le temps d'informer et de motiver les patients)
Simmons *et al.* (2011) (13)	États-Unis	Obstacles et facteurs favorables au test de dépistage du VIH de routine	Entrevue	Fournisseurs de soins de santé	• Intérêt et disposition du patient • Assurance quant à la confidentialité • Mise à disposition de documents et possibilité de formation sur le VIH dans les cliniques • Fournisseurs plus proactifs pour ce qui est de proposer le dépistage
Myers, Koester et Dufour (2011) (21)	États-Unis	Obstacles à la mise en œuvre et l'expansion du dépistage du VIH Stratégies pour surmonter ces obstacles	Entrevue	Administrateurs du financement et de la gestion de programmes, directeurs médicaux/ médecins dispensant des soins dans des cliniques	• Supprimer les exigences obligatoires liées au consentement et au counseling • Faire du dépistage de routine une priorité • Corriger les idées reçues parmi les fournisseurs de soins quant à la disponibilité universelle du test de dépistage

Commentaire

Aborder les vecteurs sociaux et structurels du VIH au Canada

Rourke SB[1,2,3*], Bacon J[1], McGee F[4], Gilbert M[1,5]

[1]Réseau ontarien de traitement du VIH, Université de Toronto, Toronto (Ontario)
[2]Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario)
[3]Centre for Research on Inner City Health, Li Ka Shing Knowledge Institute de l'hôpital St. Michael's, Toronto (Ontario)
[4]Bureau de lutte contre le sida du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, Toronto (Ontario)
[5]Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

*Correspondance: sean.rourke@utoronto.ca

Résumé

Il existe de nouveaux espoirs que nous pouvons considérablement réduire les taux du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'organisation de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) des Nations Unies, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, a encouragé tous les pays à s'efforcer d'atteindre des objectifs audacieux qui pourraient considérablement infléchir la courbe relative aux infections à VIH et aux décès causés par le VIH : 90 % des personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un diagnostic; 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic sous traitement; et 90 % des personnes sous traitement et dont la charge virale est indétectable. Ce nouvel optimisme repose en grande partie sur les excellents résultats des recherches selon lesquels un traitement précoce et continu du VIH améliore les résultats sur la santé individuelle et réduit la charge virale des personnes, ce qui les rend moins infectieuses. Cependant, le risque d'infection au VIH est loin d'être réparti uniformément entre les populations les plus vulnérables. Ces populations à risque auront le plus de difficulté à atteindre ces objectifs, car elles sont prises dans une syndémie (épidémie synergique) consistant à entrelacer les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Nos recherches, et celles des autres, démontrent que les personnes qui sont dans une syndémie de problèmes de santé mentale, de dépendance et de problèmes sociaux concomitants (p. ex. sans-abrisme, insécurité alimentaire) sont beaucoup plus susceptibles d'arrêter le traitement, sont moins susceptibles de respecter le traitement et sont moins susceptibles d'atteindre ou de maintenir une charge virale indétectable. Des études d'intervention ont démontré qu'une approche combinée en matière de prévention et de traitement du VIH qui va au-delà des soins primaires et des outils de santé mentale inclut des interventions sociales et structurelles qui ont un effet protecteur et qu'elle peut réduire le risque et améliorer l'observance. Les personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter ont besoin d'un meilleur accès aux services sociaux, services de santé mentale et services de traitement clinique qui les aideront à atteindre et maintenir un niveau optimal de santé et de bien-être. Nous encourageons fortement les gens œuvrant dans le secteur du VIH à l'échelle du pays à définir une vision commune avec des buts et objectifs clairs. Grâce à des efforts concertés et ciblés, un accent sur le programme et la science de la mise en œuvre, et une volonté de voir et traiter le VIH comme un problème social et biomédical, la quatrième décennie du VIH au Canada pourrait bien être la dernière.

L'occasion

À ce chapitre, pour ce qui est de la quatrième décennie du VIH, il y a le renouvellement de l'espoir et de l'énergie. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a encouragé tous les pays à s'efforcer d'atteindre des objectifs audacieux qui pourraient considérablement infléchir la courbe relative aux infections au VIH et aux décès causés par le VIH : 90 % des personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un diagnostic; 90 % des personnes ayant reçu un diagnostic sous traitement; et 90 % des personnes sous traitement et dont la charge virale est indétectable (1). Plusieurs pays, comme les

États-Unis et l'Australie, États individuels et provinces (p. ex. la Colombie-Britannique) et villes (p. ex. San Francisco) ont lancé des stratégies ambitieuses axées sur le traitement afin de réduire et même mettre fin aux nouvelles infections au VIH.

Cet optimisme repose en grande partie sur les excellents résultats des recherches selon lesquels un traitement précoce et continu du VIH améliore les résultats sur la santé individuelle et réduit la charge virale des personnes, ce qui les rend moins infectieuses. Des études récentes ont également révélé la capacité de la prophylaxie préexposition pour prévenir les infections chez les personnes qui courent un risque élevé de contracter le VIH (2, 3).

L'amélioration efficace du dépistage et du traitement du VIH est essentielle. Cependant, comme la Commission ONUSIDA-Lancet a récemment indiqué, il «... ne suffira pas à contrôler l'épidémie » si nous n'abordons pas le stigmate, la discrimination, les syndémies et les vecteurs sociaux et structurels de l'épidémie du VIH (4).

L'incidence des syndémies

Le risque d'infection au VIH est loin d'être réparti uniformément entre les populations les plus vulnérables. Il est concentré chez les personnes prises dans une syndémie (épidémie synergique) consistant à entrelacer les problèmes de santé et les problèmes sociaux. Par exemple, dans l'étude de cohorte multicentrique sur le sida de 4 295 hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), Mimiaga *et al.* se sont penchés sur les effets de cinq conditions psychosociales sur l'incidence du VIH : des symptômes dépressifs, une consommation excessive d'alcool, l'utilisation de stimulants, la consommation de drogues multiples et la violence sexuelle pendant l'enfance (5). Comparativement aux personnes n'ayant aucun de ces problèmes de santé psychosociaux, un nombre croissant de ces conditions a été fortement lié à l'incidence du VIH. Les hommes ayant quatre ou cinq de ces conditions présentaient 8,7 fois plus de risque de contracter le VIH sur une période de 48 mois. Des recherches canadiennes semblables vont plus loin en décrivant comment les syndémies sociales des expériences de marginalisation (p. ex. harcèlement, discrimination de carrière, violence physique, rapports sexuels forcés, tendances suicidaires) contribuent de façon fondamentale à la prévalence de conditions psychosociales semblables parmi les HARSAH (6).

Dans le cadre de notre étude de cohorte du Réseau ontarien de traitement du VIH (l'OHTN) qui suit plus de 5 000 personnes en Ontario (environ un tiers de toutes les personnes recevant actuellement des soins), nous sommes encouragés de constater que les personnes *qui font partie de cette cohorte de soins* et qui reçoivent des soins dans les cliniques de soins spécialisés contre le VIH se rapprochent des objectifs 90-90-90 pour avoir suivi un traitement antirétroviral et pour avoir une charge virale indétectable (7). Cependant, une image différente et inquiétante se dessine lorsqu'on examine les personnes recevant des soins présentant plusieurs risques syndémiques psychosociaux. À l'échelle de toutes les populations, les personnes qui ont connu une syndémie de problèmes de santé mentale et de dépendance concomitants sont beaucoup plus susceptibles d'arrêter le traitement, sont moins susceptibles de respecter le traitement et sont moins susceptibles d'atteindre ou de maintenir une charge virale indétectable (8). (Remarque : Les personnes vivant avec le VIH qui ne font pas partie de cette cohorte pourraient ne pas se porter aussi bien en ce qui concerne les objectifs 90-90-90. L'Ontario analyse actuellement la cascade des deux tiers restants des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent des soins.) Les autres provinces ont également constaté que ces facteurs complexes ont une incidence sur les résultats en matière de santé. Par exemple, le Southern Alberta HIV Program a constaté une prévalence élevée de violence familiale et conjugale à l'échelle de tous les groupes à risque d'infection par le VIH, y compris les HARSAH, et a consigné ses effets négatifs sur la participation aux soins liés au VIH, la santé mentale et la stabilité sociale (9,10).

Nous avons également pris conscience de l'incidence des déterminants sociaux sur la santé mentale et les résultats liés au VIH. D'après nos recherches sur le logement en Ontario, lesquelles étaient financées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'OHTN, les personnes vivant avec le VIH qui ont un logement instable sont plus susceptibles de ce qui suit : avoir des charges virales plus élevées; ne pas respecter le traitement du VIH; ne pas accéder aux services médicaux ou sociaux; avoir des problèmes de

consommation d'alcool et de drogues; présenter des niveaux de dépression et de stress plus élevés; et avoir des taux de mortalité plus élevés. En fait, la dépression liée au VIH est 50 % plus élevée chez les personnes qui avaient de la difficulté à prendre en charge les frais liés au logement, et 60 % plus élevée chez les personnes qui estimaient qu'elles n'appartenaient pas à leur quartier. De plus, les personnes qui se préoccupaient d'être obligées de déménager étaient significativement plus susceptibles de développer une dépression récurrente (8,11). Ces résultats soulignent que les réseaux et contextes sociaux sont importants : lorsqu'ils ne sont pas sécuritaires, encourageants et favorables, ils peuvent exposer les personnes au risque d'autres conséquences négatives sur la santé.

Les recherches menées aux États-Unis et au Canada ont démontré des incidences semblables liées à l'insécurité alimentaire (12–14). Les personnes vivant avec le VIH qui souffrent d'insécurité alimentaire sont moins susceptibles d'avoir des charges virales indétectables, ont des taux de morbidité et de mortalité plus élevés et ont une qualité de vie liée à la santé physique et mentale inférieure (15). Elles manquent davantage de rendez-vous de soins primaires et ont moins tendance à recourir aux traitements du VIH. Toutefois, une fois qu'elles reçoivent des services d'alimentation et de nutrition efficaces, la situation change radicalement : elles sont moins susceptibles de manquer des rendez-vous, sont plus susceptibles de poursuivre leur traitement, obtiennent un meilleur score en ce qui concerne la santé mentale et sont plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable.

Utilisation de la science des programmes pour aborder les vecteurs sociaux et structurels

L'incidence des syndémies renforce l'importance d'une approche combinée à la prévention et au traitement du VIH qui va au-delà des soins primaires et des outils de la santé mentale (16) pour inclure des interventions sociales et structurelles protectrices qui peuvent réduire le risque et améliorer l'observance - par exemple les programmes Logement d'abord, l'accès aux programmes de réduction des méfaits, les interventions pour réduire la violence, et des environnements sociaux favorables qui aident à éliminer la stigmatisation et la discrimination et à protéger les droits de la personne. La science des programmes et la science de la mise en œuvre offrent de nouvelles façons de penser aux moyens pragmatiques de mobiliser les résultats de recherche et de créer des interventions efficaces, adaptables et viables dans le monde réel (17–21). La science des programmes est l'« application systématique des connaissances scientifiques théoriques et empiriques pour améliorer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé publique » (19). La science de la mise en œuvre est une « spécialité multidisciplinaire qui recherche des connaissances généralisées sur le comportement des intervenants, des organisme, des collectivités et des individus afin de comprendre l'ampleur, les raisons et les stratégies pour combler l'écart entre les preuves et les pratiques de base pour la santé dans des contextes réels » (17).

Il ne fait aucun doute que le Canada possède les connaissances, les outils et les ressources pour fournir ce type d'approche programmatique et combinée qui peut contribuer à enrayer l'épidémie du VIH dans le pays. En Ontario, notre nouvelle stratégie sur le VIH souligne l'importance de travailler en collaboration avec tous les groupes d'intervenants (communauté, santé publique et secteurs de la santé) pour offrir aux personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter un meilleur accès aux services sociaux, aux services de santé mentale et aux services de traitement clinique qui les aideront à atteindre et maintenir un niveau optimal de santé et de bien-être.

Période des approches combinées à l'échelle du système

Nous encourageons fortement les gens œuvrant dans le secteur du VIH à l'échelle du pays à collaborer pour apprendre les uns des autres et pour définir une vision commune ayant des buts et objectifs clairs et les structures et les interventions qui contribueront à établir une approche intersectorielle et combinée, tout en mettant l'accent sur la science des programmes et de la mise en œuvre.

Sur le plan clinique, cela signifie que, en plus d'offrir des services de dépistage et de traitement, le médecin de premier recours ou le médecin de famille ou de salle d'urgence posera systématiquement des questions

aux patients vivant avec le VIH ou à risque de le contracter à propos de leur logement, sécurité alimentaire, expérience de violence, santé mentale et consommation d'alcool et de drogues, puis suggérera des aiguillages appropriés. Au niveau des programmes, cela signifie l'introduction d'interventions sociales et structurelles efficaces ainsi que l'évaluation de leurs répercussions dans différents contextes et populations. Au niveau des politiques, cela signifie l'élaboration de politiques, comme des indicateurs pour les résultats sociaux, qui permettront au système de soins de santé de mettre en œuvre des interventions combinées efficaces.

Message à retenir

Les approches biomédicales ne suffiront pas à elles seules à mettre fin au VIH. Nous devons aborder les vecteurs sociaux et structurels. Grâce à des efforts concertés et ciblés, un accent sur la science des programmes et la mise en œuvre de la science, et une volonté de voir et traiter le VIH comme un problème social et biomédical, la quatrième décennie du VIH au Canada pourrait bien être la dernière.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier toutes les personnes vivant avec le VIH qui ont offert de participer à l'étude de cohorte de l'OHTN le travail et le soutien des membres passés et présents du comité de gouvernance de l'étude, le personnel infirmier et les médecins qui ont appuyé la collecte des données. Nous tenons en outre à remercier les laboratoires de santé publique Ontario pour le maintien des liens avec la base de données des tests de charge virale du VIH.

Conflit d'intérêts

Aucun

Financement

L'étude de cohorte de l'OHTN est financée par le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Le financement des études de recherche en santé concernant le logement et la sécurité alimentaire a été assuré par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les constatations, les opinions et les conclusions exprimées sont celles des auteurs et n'engagent en aucune manière les IRSC ni le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Références

(1) Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS). 90–90–90—An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014 [cited 2015 Oct 20]. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf

(2) Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, *et al*. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. N Engl J Med. 2010;363(27):2587–99.

(3) Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, *et al*. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. N Engl J Med. 2012;367(5):399–410.

(4) Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, *et al*. A UNAIDS–Lancet Commission on Defeating AIDS—Advancing global health. Lancet. 2015 Jul 11;386(9989):171–218.

(5) Mimiaga MJ, O'Cleirigh C, Biello KB, Robertson AM, Safren SA, Coates TJ, *et al*. The effect of psychosocial syndemic production on 4-year HIV incidence and risk behavior in a large cohort of sexually active men who have sex with men. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Mar 1;68(3):329–36.

(6) Ferlatte O, Hottes TS, Trussler T, Marchand R. Evidence of a syndemic among young Canadian gay and bisexual men: Uncovering the associations between anti-gay experiences, psychosocial issues, and HIV risk. AIDS Behav. 2014 Jul;18(7):1256–63.

(7) Burchell AN, Gardner S, Light L, Ellis BM, Antoniou T, Bacon J, *et al*. Implementation and operational research: Engagement in HIV care among persons enrolled in a clinical HIV cohort in Ontario, Canada, 2001–2011. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Sep 1;70(1):e10–9.

(8) Rourke SB. Social and structural drivers affecting the health of people living with HIV. The North American Housing and HIV/AIDS Research Summit. Summit VIII: Tackling the Social Drivers of HIV; 2015 Sep 14–16; Washington, DC.

(9) Siemieniuk RA, Miller P, Woodman K, Ko K, Krentz H, Gill MJ. Prevalence, clinical associations, and impact of intimate partner violence among HIV-infected gay and bisexual men: A population-based study. HIV Med. 2013 May;14(5):293–302.

(10) Siemieniuk RA, Krentz HB, Miller P, Woodman K, Ko K, Gill MJ. The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. J Acquir Immune Defic Syndr. 2013 Sep 1;64(1):32–8.

(11) Choi S. Impacts of housing-related conditions on prevalence, recurrence, and incidence of current depression among people living with HIV in Ontario over a five-year follow-up: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. The North American Housing and HIV/AIDS Research Summit. Summit VIII: Tackling the Social Drivers of HIV; 2015 Sep 14–16; Washington, DC.

(12) Anema A, Vogenthaler N, Frongillo EA, Kadiyala S, Weiser SD. Food insecurity and HIV/AIDS: Current knowledge, gaps, and research priorities. Curr HIV/AIDS Rep. 2009 Nov;6(4):224–31.

(13) Weiser SD, Fernandes KA, Brandson EK, Lima VD, Anema A, Bangsberg DR, *et al.* The association between food insecurity and mortality among HIV-infected individuals on HAART. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009 Nov 1;52(3):342–9.

(14) Anema A, Chan K, Chen Y, Weiser S, Montaner JS, Hogg RS. Relationship between food insecurity and mortality among HIV-positive injection drug users receiving antiretroviral therapy in British Columbia, Canada. PLoS ONE. 2013;8(5):e61277.

(15) Choi SK, Fielden S, Globerman J, Koornstra JJ, Hambly K, Walker G, *et al.* Food insufficiency, housing and health-related quality of life: Results from the Positive Spaces, Healthy Places study. AIDS Care. 2015 Sep;27(9):1183–90.

(16) Beyrer C, Sullivan PS, Sanchez J, Dowdy D, Altman D, Trapence G, *et al.* A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. Lancet. 2012 Jul 28;380(9839):424–38.

(17) Odeny TA, Padian N, Doherty MC, Baral S, Beyrer C, Ford N, *et al.* Definitions of implementation science in HIV/AIDS. Lancet HIV. 2015 May;2(5):e178–80.

(18) Glasgow RE, Chambers D. Developing robust, sustainable, implementation systems using rigorous, rapid and relevant science. Clin Transl Sci. 2012 Feb;5(1):48–55.

(19) Blanchard JF, Aral SO. Program science: An initiative to improve the planning, implementation and evaluation of HIV/sexually transmitted infection prevention programmes. Sex Transm Infect. 2011 Feb;87(1):2–3.

(20) Aral SO, Blanchard JF. The program science initiative: Improving the planning, implementation and evaluation of HIV/STI prevention programs. Sex Transm Infect. 2012 Apr;88(3):157–9.

(21) Glasgow RE, Vinson C, Chambers D, Khoury MJ, Kaplan RM, Hunter C. National Institutes of Health approaches to dissemination and implementation science: Current and future directions. Am J Public Health. 2012 Jul;102(7):1274–81.

Actualités sur les maladies infectieuses : Administration précoce du traitement antirétroviral : Quelles sont les données probantes?

The INSIGHT START Study Group. **Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection**. N Engl J Med 2015; 373:795-807. DOI: 10.1056/NEJMoa1506816

CONTEXTE : Il manque des données recueillies dans le cadre d'essais randomisés sur les avantages et les risques de l'amorce du traitement antirétroviral chez les patients atteints d'une infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui ont une numération des lymphocytes T-CD4 supérieure à 350 cellules par millimètre cube.
MÉTHODOLOGIE : Nous avons sélectionné au hasard des adultes séropositifs pour le VIH dont la numération des lymphocytes T-CD4 était supérieure à 500 cellules par millimètre cube afin d'amorcer le traitement antirétroviral immédiatement (groupe de mise en route immédiate) ou de le reporter jusqu'à ce que la numération des lymphocytes T-CD4 diminue à 350 cellules par millimètre cube ou jusqu'au développement du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) ou d'une autre maladie exigeant le recours au traitement antirétroviral (groupe de mise en route reportée). Le paramètre composite primaire constituait tout événement grave lié au sida, événement grave non lié au sida ou décès toutes causes confondues.
RÉSULTATS : Un total de 4 685 patients ont été suivis au cours d'une période moyenne de trois ans. À l'entrée dans l'étude, la charge virale médiane du VIH s'élevait à 12 759 copies par millilitre et la numération médiane des lymphocytes T-CD4, à 651 cellules par millimètre cube. Le 15 mai 2015, selon une analyse provisoire, le comité de surveillance des données et de la sécurité a déterminé qu'on avait répondu à la question de l'étude et a recommandé que le traitement antirétroviral soit offert aux patients du groupe de mise en route reportée. Le paramètre primaire est survenu chez 42 patients du groupe de mise en route immédiate (1,8 %; 0,6 événement par 100 années-personnes), par rapport à 96 patients du groupe de mise en route reportée (4,1 %; 1,38 événement par 100 années-personnes), pour un taux de risque de 0,43 (intervalle de confiance [IC] à 95 %; 0,3 à 0,62; $P < 0,001$). Les taux de risque pour les événements graves liés au sida et ceux non liés au sida s'élevaient respectivement à 0,28 (IC à 95 %; 0,15 à 0,5; $P < 0,001$) et à 0,61 (IC à 95 %; 0,38 à 0,97; $P < 0,04$). Plus des deux tiers des paramètres primaires (68 %) sont survenus chez les patients ayant une numération des lymphocytes T-CD4 supérieure à 500 cellules par millimètre cube. Les risques d'un événement de catégorie 4 étaient semblables dans les deux groupes, tout comme les risques d'hospitalisation non prévue.
CONCLUSIONS : L'amorce du traitement antirétroviral chez les adultes séropositifs pour le VIH dont la numération des lymphocytes T-CD4 était supérieure à 500 cellules par millimètre cube a présenté des avantages nets au moment de commencer le traitement des patients après que la numération des lymphocytes T-CD4 avait diminué à 350 cellules par millimètre cube.

The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. **A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa**. N Engl J Med 2015;373:808-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1507198

CONTEXTE : En Afrique subsaharienne, le fardeau de la tuberculose associée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est élevé. Nous avons mené un essai pour évaluer les avantages de l'administration précoce du traitement antirétroviral, du traitement préventif à l'isoniazide sur six mois ou des deux chez les adultes infectés par le VIH dont la numération des lymphocytes T-CD4 est élevée sur la Côte d'Ivoire.
MÉTHODOLOGIE : Les participants étaient atteints d'une infection par le VIH de type 1 et leur numération des lymphocytes T-CD4 était inférieure à 800 cellules par millimètre cube. D'ailleurs, ils ne répondaient pas aux critères prescrits par les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour commencer le traitement antirétroviral. On a réparti les participants au hasard en quatre groupes de traitement : l'administration reportée du traitement antirétroviral (amorce du traitement selon les critères de l'OMS), l'administration reportée du traitement antirétroviral avec le traitement préventif à l'isoniazide, l'administration précoce du traitement antirétroviral (amorce immédiate du traitement) ou l'administration précoce du traitement antirétroviral avec le traitement préventif à l'isoniazide. Le paramètre primaire constituait un paramètre composite de maladies figurant dans la définition de cas du syndrome

d'immunodéficience acquise (sida), soit le cancer non classant sida, les maladies bactériennes invasives non classant sida ou le décès toutes causes confondues à 30 mois. Nous avons utilisé le modèle des risques proportionnels de Cox pour comparer les résultats des stratégies d'administration reportée et d'administration précoce du traitement antirétroviral, ainsi que des stratégies avec ou sans traitement préventif à l'isoniazide.

RÉSULTATS : En tout, 2 056 patients ont été suivis pour 4 757 années-personnes. On a observé un total de 204 événements du paramètre primaire (3,8 événements par 100 années-personnes; intervalle de confiance [IC] à 95 %; 3,3 à 4,4), dont 68 chez des patients avec une numération des lymphocytes T-CD4 de base d'au moins 500 cellules par millimètre cube (3,2 événements par 100 années-personnes; IC à 95 %; 2,4 à 4). La tuberculose et les maladies bactériennes invasives correspondaient respectivement à 42 % et à 27% des événements du paramètre primaire. Le risque de décès ou de maladie grave liée au VIH était plus faible avec l'administration précoce du traitement antirétroviral par rapport l'administration reportée (taux de risque ajusté : 0,56, IC à 95 %, 0,41 à 0,76; taux de risque ajusté chez les patients dont la numération des lymphocytes T-CD4 de base est égale ou supérieure à 500 cellules par millimètre cube : 0,56, IC à 95 %, 0,33 à 0,94). Ce risque était également plus faible avec le traitement préventif à l'isoniazide (taux de risque ajusté : 0,65, IC à 95 %, 0,48 à 0,88; taux de risque ajusté chez les patients dont la numération des lymphocytes T-CD4 de base est égale ou supérieure à 500 cellules par millimètre cube : 0,61, IC à 95 %, 0,36 à 1,01). La probabilité d'événements indésirables de catégorie 3 ou 4 à 30 mois n'a présenté aucun écart considérable entre les stratégies.

CONCLUSIONS : Dans ce pays africain, l'administration immédiate du traitement antirétroviral et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide pendant six mois ont mené, de façon indépendante, à des taux de maladies graves plus faibles par rapport à l'administration reportée du traitement antirétroviral et à l'omission du traitement préventif à l'isoniazide, et ce, dans l'ensemble de même que chez les patients avec une numération des lymphocytes T-CD4 d'au moins 500 cellules par millimètre cube.